

BULLETIN D'ADHESION 2021 à CAP SANTE 71

Prénom Madame : _____ Nom : _____

Prénom Monsieur: _____ Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. Portable : _____

E-mail (*en majuscules svp*) : _____

- J'adhère en qualité de Membre actif à titre individuel : 18 €
- Nous adhérons à titre collectif (couple, famille, association) : 26 €
- J'adhère en qualité de Membre Bienfaiteur (montant) : _____ €
- Je désire recevoir le journal Connaissance de la Santé (*merci de préciser comment au verso : retrait lors des conférences ou par voie électronique*).

Règlement par : **Chèque** **Espèces** **Paypal** *Virement à :*
tresorerie@capsante71.net

Fait le : _____

Signature : _____
