

# BULLETIN D'ADHESION 2023 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 : \_\_\_\_\_

---