

# BULLETIN D'ADHESION - ANNEE 202\_\_ - CAP SANTE 71

Prénom Madame : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Prénom Monsieur : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Courriel (*en majuscules svp*) : \_\_\_\_\_

- J'adhère en qualité de Membre actif à titre individuel : 18 €
- Nous adhérons à titre collectif (couple, famille) : 26 €, association : 30 €
- J'adhère en qualité de Membre Bienfaiteur (montant) : \_\_\_\_\_ €

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

Fait le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : Cap Santé 71, 5 rue des Cornillons, 71100 Chalon-sur-Saône

---