

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
