

BULLETIN D'ADHÉSION 2017 (À mettre à jour pour les anciens adhérents)

NOM :

PRÉNOM :

Profession :

En activité

Retraité

Adresse personnelle :

Téléphone : Personnel :

Mobile:

E-MAIL (important) :

- Je demande à être membre de Chirurgie Solidaire et je verse ci-jointe ma cotisation de 40 euros par chèque à l'ordre de « Chirurgie Solidaire ».
- Je fais un don à Chirurgie Solidaire de
- Je suis volontaire pour partir en mission de formation chirurgicale en 2017

J'adhère aux principes de Chirurgie Solidaire

DATE ET SIGNATURE :

Informations sur notre site www.chirurgie-solidaire.com

Bulletin à renvoyer au secrétariat de Chirurgie Solidaire
(Un reçu fiscal vous sera adressé)
71 Rue de la petite Bapaume
Bât A1 Appt 1109
95120-Ermont
secretariat.chirurgiesolidaire@sfr.fr