Réseau de Santé

RESPECTE

3 rue Barbier de Lescoat – 29260 LESNEVEN

Bulletin d'adhésion

Je, soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Adresse personnelle : .....

.....

Téléphone: /____/____/____/____/____/
Fax : /____/____/____/____/____/
E-mail : .....

Déclare adhérer à l'Association « Respecte » en tant que :

☐ Membre

Et m'engage, après en avoir pris connaissance, à en respecter, dans la lettre et l'esprit, les statuts et la charte.

☐ Donateur

Je verse la somme de :

☐ 5 € (correspondant à la cotisation minimum annuelle pour 2010)

☐ et/ou la somme de ……..€ [i]

À l'ordre de l'Association Respecte – 3 rue Barbier de Lescoat – 29260 Lesneven

Fait à ..... le :

Signature :

[i] Dès 15 euros, un reçu de don vous sera transmis pour l'Administration Fiscale.