

BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION ARESPEL

ANNEE 20..

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Profession :

Montant de l'adhésion : 20 €

Bulletin à adresser, avec votre chèque, à :

ARESPEL
Centre Hospitalier
Rue du Dr Morchoisne
28240 LA LOUPE

