



## FORMULAIRE D'ADHESION 2020

**A retourner à** : Coopération Santé c/o Anne de Boismenu  
6, boulevard Jean Jaurès – 92100 Boulogne [annedeboismenu@orange.fr](mailto:annedeboismenu@orange.fr)

### PERSONNE PHYSIQUE

Prénom et Nom de l'Adhérent .....

Adresse .....

CP : ..... VILLE : .....

Téléphone.....

E-mail .....

### PERSONNE MORALE:

**ORGANISME** : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... VILLE.....

Prénom et Nom de l'Adhérent Titulaire.....

Fonction .....

Téléphone.....

E.-mail .....

Prénom et Nom du Suppléant 1.....

Fonction .....

Téléphone.....

E.-mail .....

Prénom et Nom du Suppléant 2.....

Fonction .....

Téléphone.....

E.-mail .....

### Catégorie d'adhésion

Reportez le montant de votre adhésion (cf Grille 2020 jointe) : .....€

Et le secteur dont vous faites partie : .....

Fait à : ....., le .....

Signature et / ou tampon