



FORMULAIRE D'ADHESION 2021

A retourner à : Coopération Santé c/o Anne de Boismenu
6, boulevard Jean Jaurès – 92100 Boulogne 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 2021 jointe) :€
Et le secteur dont vous faites partie :

Fait à :, le

Signature et / ou tampon