

FORMULAIRE D'ADHESION en 2024

A retourner à Anne de Boismenu - 6, boulevard Jean Jaurès- 92100 Boulogne
Ou par mail annedeboismenu@cooperationsante.fr

Coopération Santé, Anne de Boismenu, 6, boulevard Jean Jaurès, 92100 Boulogne

PERSONNE MORALE / ORGANISME :

Adresse

CP : VILLE :

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

Fonction

Téléphone.....E-mail

(OUI) (NON) «J'autorise la mention de mes prénom, nom et email dans l'annuaire des adhérents de Coopération Santé » Case à cocher.

Prénom et Nom du Suppléant 1.....

Fonction

Téléphone.....E-mail

(OUI) (NON) «J'autorise la mention de mes prénom, nom et email dans l'annuaire des adhérents de Coopération Santé » Case à cocher.

Prénom et Nom du Suppléant 2.....

Fonction

Téléphone.....E-mail

(OUI) (NON) «J'autorise la mention de mes prénom, nom et email dans l'annuaire des adhérents de Coopération Santé » Case à cocher.

:

Catégorie d'adhésion

Reportez le montant de votre adhésion (cf Grille 2024) :€

Et le secteur dont vous faites partie :

Fait à :, le

Signature - Tampon