

## FORMULAIRE D'ADHESION en 2024

A retourner à Anne de Boismenu - 6, boulevard Jean Jaurès- 92100 Boulogne  
Ou par mail [annedeboismenu@cooperationsante.fr](mailto:annedeboismenu@cooperationsante.fr)

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

### PERSONNE PHYSIQUE

Prénom et Nom de l'Adhérent .....

Adresse .....

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

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 de la Personne Physique

Reportez le montant de votre adhésion (cf Grille 2023) : .....€

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

Fait à : ....., le .....

Signature - Tampon