



**DEMANDE D'ADHÉSION ou DE
RENOUVELLEMENT D'ADHESION
A L'ALLIANCE POUR LA SANTE**

Nom : Prénom :
Société : Association :
Adresse :
Code postal : Ville :
Courriel :
Téléphone : Tel portable :
Profession :

Je souhaite adhérer pour un an à l'Association Alliance Pour la Santé 10€

Je souhaite faire un don à l'Association Alliance Pour la Santé
 10€ 15€ 20€ 30€ 50€ Autre:

Règlement : par chèque en espèces (Chèque à l'ordre de Alliance Pour la Santé)

Date : Signature :

Merci pour votre soutien.

Bulletin d'adhésion et règlement à renvoyer par courrier à l'adresse suivante :

Alliance Pour la Santé - 65, rue Claude Bernard 75005 PARIS