

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné (e)

NOM :

Prénom :

CP / Ville :

Rue :

Courriel :

Tel : / / /

/

Adhère à l'association HYPOPARATHYROIDISME FRANCE pour l'année 2021 pour un montant de :

- Euros (10 Euros minimum montant de la cotisation)

- Euros (don)

Etes vous atteint de la maladie ? OUI NON

Souhaitez vous aider l'association ? OUI NON

Si OUI, sous quelles formes ?

Ce bulletin d'adhésion est à retourner avec votre règlement par chèque bancaire à l'ordre de : Hypoparathyroidisme France

Signature :

N.B. : Rayer la mention inutile