

BULLETIN D'ADHESION 2014

A L'ASSOCIATION ASPANS

Melle Mme Mr

Adresse personnelle :

Code Postal : Ville :

Tel fixe : Tel portable :

Fax : Email :

Adresse professionnelle :

Code Postal : Ville :

Tel fixe : Tel portable :

Fax : Email :

Merci de cocher la catégorie à laquelle vous appartenez :

Professionnels de santé libéraux Profession
 Professionnels des Ets de soin et d'hébergement Etablissement :

Association et structure œuvrant à domicile Association :

Etablissement de Santé Etablissement :

Usagers

Date :

Signature :

Cotisation de 20 euros payée : OUI NON

Reçu demandé : OUI NON

Chèque Espèces

N° :

Ets bancaire :

Titulaire du cpte :