

BULLETIN D'ADHESION 2014

à retourner à Migrations-Santé Rhône-Alpes
15 rue du Dauphiné- 69003 Lyon

Le ___ / ___ / 2014

Je soussigné,

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

☎ domicile : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

☎ portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-mail : _____ @ _____

Etudiant

Diplôme : _____

Ecole : _____

Professionnel

Profession : _____

Employeur : _____

Autre

Précisez : _____

Désire adhérer à l'association Migrations-Santé Rhône-Alpes et verse

Une cotisation de :

- 10 € pour les étudiants
- 25 € pour les professionnels et autres
- 50 € pour les organismes

Un don de ___ €

Signature :