



ATTESTATION D'ADHÉSION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune : **Code Postal :**

Téléphone :

E-mail :@.....

Montant de la cotisation : (règlement par chèque, espèce ou virement bancaire)

- 15 euros**
- Montant libre :..... euros**
-

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : / /

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association **Cœur de SED et maladies génétiques rares**.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédé de la mention "Lu et approuvé")