Association Objectif Soins Santé 42410
OSS 42410

Bulletin d'adhésion 2027

Cotisation annuelle simple : 2 €
Cotisation annuelle de soutien : 10 €

Nom : ……...

Prénom :……

Adresse : ……..

……...

Téléphone :……

E-mail :……..

Modalités de paiement :

☐ Chèque à l'ordre de : OSS 42410

☐ Espèces

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association OSS42410 et m'engage à les respecter.

Fait à ……,
le ……../……../2027

Signature : (précédée de la mention « Lu et approuvé »)