



Association Briviste de Pédiatrie
Centre Hospitalier
Boulevard du Docteur VERLHAC
19100 BRIVE LA GAILLARDE

Email :
associationbrivistedepediatrie@gmail.com

Bulletin d'adhésion

Nom Prénom : _____

Adresse postale : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Numéro de portable : _____

Adresse mail : _____

JE SOUSSIGNE _____ né(e) le _____

Demeurant à _____

Déclare solliciter mon adhésion à l'**Association Briviste de Pédiatrie**.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association tenus à ma disposition au siège de cette dernière. Je déclare m'engager à respecter toutes les obligations des membres de l'association qui y figurent.

Je joins à la présente demande d'adhésion la somme de **8 €** afin de régler ma cotisation, en temps que membre adhérent à l'association pour l'année en cours *.

** (Un e-mail vous sera envoyé afin de vous informer de la bonne réception de votre demande d'inscription et de votre cotisation.)*

Signé à _____

Le : _____

(Signature de l'adhérent)