



BULLETIN D'ADHESION - TALON DE COTISATION

Veillez cocher les mentions adéquates et retourner le bulletin d'adhésion à
Migrations Santé Alsace, 24 rue du 22 Novembre, 67 000 Strasbourg

Nom, Prénom :

Adresse :

Adresse mail : Tél. :

Profession occupée :

Adresse professionnelle :

Je soussigné(e), m'engage

à titre individuel comme personne physique

au nom de l'association intitulée:

à devenir membre de Migrations Santé Alsace étant intéressé par l'objet de l'association.

Le montant de mon adhésion est de (entourez le mode de paiement) :

Cotisation personne physique : 15 €

Cotisation personne morale: 30 €

Chèque à l'ordre de Migrations Santé Alsace

Espèces

Date :

Signature :

L'adhésion est annuelle et sera définitive après validation par le Conseil d'Administration de l'Association, conformément à l'article 7 des statuts.