

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone personnel :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

**Je suis :**

- Patient  10 €
- Personne Agée  10 €
- Proche  10 €
- Professionnel  15 €
- Collectivité et/ou Structure  100 €
- Etudiant  5 €
- Autre  10 €

Je m'acquitte de ma cotisation annuelle d'un montant de .....€

Je souhaite faire un don à l'Association d'un montant de .....€

Chèque bancaire :

Espèces :

Virement au compte :

Le :

Signature

**Association EMERA - Espace EMMAGE**

**Rue Henri Dunant**

**CS 50 479 - 59322 VALENCIENNES CEDEX**

**☎ : 03/27/27/59/52 Fax : 03/27/29/80/74**

**Mail : contact @association-emera.fr**