

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