



Pour nous rejoindre...

Bulletin d'adhésion personne morale

Entité juridique :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

SIREN (si applicable) :

Nom du représentant légal :

Prénom :

E-mail :

Tél :

Contact de correspondance

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville

Fonction :

Tél :

E-mail :

Je soussigné, représentant légal de :

souhaite cotiser à **La Santé de la Famille** et verse la somme de **350 €**

En adhérent à La Santé de la Famille, je m'engage à respecter ses statuts et sa charte, qui sont mis à ma disposition.

Règlement, par chèque à l'ordre de La Santé de la Famille ou par virement.

Je recevrai un récépissé en retour.

Fait le

A

Signature du représentant légal :