



Bulletin d'adhésion PERSONNE MORALE

Année 2024

LA SANTÉ DE LA FAMILLE

Identité de l'adhérent

Entité juridique : _____

Adresse du siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

SIREN (si applicable) : _____

Nom du représentant légal : _____ Prénom : _____

N° tél : _____ Email : _____

Contact de correspondance

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Fonction : _____ N° tél : _____

E mail : _____

Je soussigné, représentant légal, souhaite cotiser à La Santé de la Famille et verse **350 €**.

En adhérant à La Santé de la Famille, je m'engage à respecter ses statuts et sa charte, mis à ma disposition. Règlement par chèque à l'ordre de La Santé de la Famille ou par virement.

Je souhaite recevoir un récépissé.

Fait le _____

Signature du représentant légal

A _____