

BULLETIN DE COTISATION 2013  
ASSOCIATION AVH-LCD

**Coordonnées :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél Fixe : ..... Portable : .....

E-mail : ..... Fax : .....

**Profession :**

Spécialité : ..... N° SIRET : .....

Activité :

- Libérale  
 Salariée     Hôpital     Clinique     Centre de Santé     Autre .....

Secteur :     1     2     Non conventionné

Je souhaite être membre adhérent de l'Association Ville-Hôpital «Lutter Contre la Douleur» et je règle ma cotisation annuelle pour l'année 2013, d'un montant de 25€.

Je soutiens l'action menée par l'Association Ville-Hôpital «Lutter Contre la Douleur» et je souhaite donc effectuer un don supplémentaire de ..... €

Je prends note que ces dons/cotisations ne pourront pas faire l'objet d'une déduction fiscale.

Mode de règlement :     Chèque bancaire (à l'ordre de AVHLCD)     Espèces

Date    ... / ... / 2013

Signature :