



Association de Soins Palliatifs de la Martinique

BULLETIN D'ADHESION

Nom : **Prénom :**

Adresse :

.....

Code postal : **Commune :**

Téléphone : **GSM :**

Télécopie :

E-mail :

Je choisis d'être membre :

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sympathisant | (cotisation annuelle de 10 €) |
| <input type="checkbox"/> Actif | (cotisation annuelle de 30 €) |
| <input type="checkbox"/> Donateur | (à partir de 50 €) |
| <input type="checkbox"/> Bienfaiteur | (à partir de 100 €) |

Mode de versement :

- Par chèque à l'ordre de « Association des Soins Palliatifs de la Martinique »
- Par virement sur le CB :l 41839-00030-50447220910-39-BDAF LAMARTINE
- Par mandat postal

je souhaite recevoir un reçu fiscal*

(**Merci de noter votre adresse mail ou de joindre une enveloppe timbrée à votre adresse*)

Le

Signature :



A.S.P.M. –Réseau WOUSPEL

5, Av Louis Moreau GOTTSCHALK- Plateau Fofo - 97233 SCHOELCHER
☎ 0596 73 02 49 / ✉ 0596 60 18 80 / 📧 secretariat@aspm-reseauwouspel.fr