



L'éducation thérapeutique de proximité

## BULLETIN ADHÉSION

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Déclare solliciter mon adhésion à l'association PluriLib47.

L'adhésion implique le respect des statuts qui sont à la disposition de l'adhérent au siège de l'association et le règlement de la cotisation d'un montant de **45 euros** pour l'**année 2017**.

Toute demande d'adhésion sera étudiée par le Bureau de l'association.

Fait à :

Le :

Signature :

Bulletin à retourner à l'adresse suivante : Association PluriLib47 - 36 bd Carnot 47000 AGEN

Tél : 07.82.38.93.27 - Email : plurilib47@gmail.com

Association déclarée à la Préfecture d'AGEN

Identification R.N.A : W471002499