



L'AUTRE RIVE
ASP Vaucluse 84

BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION L'AUTRE RIVE ASP84

à remplir et à renvoyer à :

Association L'Autre Rive ASP84

Centre Hospitalier d'Avignon 305, rue Raoul Follereau 84000 Avignon

NOM* :

PRENOM* :

ADRESSE* :

VILLE* :

CODE POSTAL* :

TELEPHONE :

EMAIL :

Je, soussigné(e), déclare adhérer à l'association L'Autre Rive ASP84 pour l'année civile en cours (de janvier à décembre). J'ai pris connaissance des statuts de l'association* et accepte de m'y conformer.

Je souhaite :

- devenir **membre actif** et verse ma cotisation d'un montant de 30€,
- devenir **membre actif bienfaiteur** et verse ma cotisation d'un montant minimum de 50€. Je choisis de verser €.

Je joins un chèque d'un montant de€ libellé à l'ordre de « L'Autre Rive ASP84 ». Un reçu fiscal me sera envoyé à réception du bulletin d'adhésion.

Fait à

le

Signature

Je souhaite être tenu(e) au courant des événements organisés par l'association L'Autre Rive ASP84 ou auxquels elle participe : OUI NON

* Mentions obligatoires

* Les statuts sont consultables et téléchargeables sur la page « Accueil » du site.

Accompagnement en soins palliatifs, soutien aux endeuillés et formation aux aidants

Centre Hospitalier Henri Duffaut, 305 rue Raoul Follereau, 84000 Avignon

N° SIRET 392 367 025 00054 – Code APE 9499 Z

Tél : 06 21 02 50 09 courriel : lautriverseasp84@gmail.com

Site internet : <http://www.lautriverse.net>