



Bulletin d'adhésion – INDIVIDUEL Professionnel de santé

Coordonnées

Nom _____

Prénom _____

Téléphone _____

Mail (OBLIGATOIRE) _____

Adresse _____

Profession (OBLIGATOIRE) _____

- J'adhère à la CoFAM (jusqu'à la fin de l'année en cours, renouvelable chaque année au mois de janvier). Les adhésions reçues après le 31 Octobre seront reportées sur l'année suivante.
- Je m'engage au respect des statuts, du règlement intérieur et de l'éthique de la CoFAM (textes consultables sur le site web).

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Cotisation :

25 € Membre Individuel

Don de€

Règlement par chèque à l'ordre de la CoFAM,

A retourner à l'adresse suivante :

La CoFAM
Isabelle CHARTIER
17 bis Rue du Theil
61130 BELLÈME

tresoreriecofam@gmail.com

Nous vous remercions du soutien et de l'intérêt que vous portez à la CoFAM