



BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

A retourner par courrier :

2SPP - ESPPERA, 29 rue Gabriel SARRAZIN, 69008 Lyon

2SPP
Société française de
Soins Palliatifs Pédiatriques

JE SOUHAITE ADHERER A LA 2SPP

MES COORDONNEES

Nom* Prénom*

Nom de votre structure* :

Adresse

Code postal..... Ville.....

Téléphone

Email*

Profession*

LES RAISONS QUI MOTIVENT MON ADHESION

.....
.....
.....
.....

Mes parrains* (pour toute nouvelle adhésion)

.....

.....

signature

signature

MONTANT DE LA COTISATION

20 euros (par Chèque à joindre à ce formulaire d'adhésion à l'ordre de la 2SPP).

J'accepte de figurer dans l'annuaire des adhérents Oui Non

Cet annuaire est uniquement accessible sur le site intranet de la 2SPP et réservé aux adhérents

Fait à

Le .../.../.....

Signature

*Toute nouvelle adhésion doit être parrainée par deux adhérents de la 2SPP.