



# 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.