

L'association Réseau 92 Nord devient **SEMAPHORE Santé 92 Nord**

NOM :

Prénom :

Adresse professionnelle :

.....

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Adresse de correspondance si différente :

.....

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone :

Portable :

Fax :

Courriel :

Je souhaite adhérer au Réseau 92 Nord à titre :

Individuel et verse ma cotisation de 10 €

Institutionnel et verse ma cotisation de 75 €

Je souhaite faire un don supplémentaire d'un montant de :€

Je recevrai un reçu fiscal qui me permettra de réduire mes impôts de 66% du montant de mon don, dans la limite de 20% de mes revenus.