

Merci de remplir ce formulaire puis de l'imprimer avant de le retourner, accompagné d'une cotisation de 20€, à :

France Lymphome Espoir
1 av Claude Vellefaux
75475 PARIS cedex 10

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de "France Lymphome Espoir"
Vous recevrez ensuite par courrier votre carte d'adhérent.

Mme Mlle M.

Nom*

Prénom*

Adresse*

Code Postal*

Ville*

Pays

Tél.

Fax

E-mail

* obligatoire

Je suis volontaire pour participer à la vie de France Lymphome Espoir

Je souhaite devenir **parrain** de France Lymphome Espoir

Merci d'indiquer le nom de l'hôpital que vous souhaitez parrainer :

J'accepte que mes coordonnées puissent être transmises à d'autres adhérents de France Lymphome Espoir

Je souhaite recevoir la newsletter de l'association

Je préfère la recevoir par mail par courrier

***Note:** L'adhérent s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur tenus à sa disposition au siège de l'association.*