



Association Briviste de Pédiatrie

Centre Hospitalier  
Boulevard du Docteur VERLHAC  
19100 BRIVE LA GAILLARDE

Email :

associationbrivistedepediatrie@gmail.com

**Bulletin d'adhésion**

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

JE SOUSSIGNE \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Demeurant à \_\_\_\_\_

Déclare solliciter mon adhésion à l'**Association Briviste de Pédiatrie**.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association tenus à ma disposition au siège de cette dernière. Je déclare m'engager à respecter toutes les obligations des membres de l'association qui y figurent.

Je joins à la présente demande d'adhésion la somme de **8 €** afin de régler ma cotisation, en temps que membre adhérent à l'association pour l'année en cours \*.

\* (Un e-mail vous sera envoyé afin de vous informer de la bonne réception de votre demande d'inscription et de votre cotisation.)

Signé à \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

(Signature de l'adhérent)