

## FORMULAIRE D'ADHESION

NOM, Prénom : .....

Fonction : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

.....

Tél. : .....

Fax : .....

E-mail : .....@.....

*Je désire adhérer à l'Association pour le Développement de l'Hématologie et de la Transfusion Sanguine Pyrénées Méditerranée (A.D.H.E.T.) ; ci-joint la somme de 25 € relative à la cotisation annuelle, par :*

- chèque bancaire ou postal,*
- par virement bancaire (RIB sur demande),*

Fait à ..... le ..... / ..... /20

Signature :

**Libellé de la facture si différent du membre :** .....

**Personne à contacter pour la facturation :** .....

Formulaire à retourner à l'adresse ci-dessous :

**A.D.H.E.T.**

95 rue Pierre Flourens, Parc Euromédecine II, Bât B, 1er étage., 34090 MONTPELLIER