



BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

A retourner par courrier :

2SPP - Paliped, 3-5 rue de Metz, 75010 PARIS

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*

.....

.....

signature

signature

MONTANT DE LA COTISATION

Professionnel : 20 euros (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.