

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION E.R.D.E.S.S.S. - ANNÉE 2021 -

Nom _____

Prénom _____

Adresse personnelle _____

Adresse professionnelle _____

Téléphone perso. : _____ Téléphone pro. : _____

Email : _____ (précisez : pro. ou perso.)

Profession : _____

Formation réalisée à ESPACE SENTEIN : _____

Promotion : _____

Je souhaite être représentant(e) régional(e)

Je peux intervenir en soutien sur les thématiques suivantes :

**Je souhaite adhérer à l'Association E.R.D.E.S.S.S.
et je joins un chèque de 30,00 € à l'ordre d'E.R.D.E.S.S.S.**

Je note que je recevrai une carte d'adhérent.

MERCI DE RETOURNER CE BULLETIN ET VOTRE RÈGLEMENT À :
ERDESSS • Parc Euromédecine • 400, rue Louis Pasteur • 34790 Grabels
Tél : 04 67 63 11 11 • contact@erdesss.fr • www.erdesss.fr