

Bulletin d'adhésion à l'Association Handident Nièvre

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Vous adhérez à l'association Handident Nièvre en tant que

- :
- Patient (ou représentant) du réseau de santé bucco-dentaire Handident Nièvre
 - Praticien odontologiste
 - Organisme œuvrant dans le champ du handicap ou des personnes âgées dépendantes
 - Organisme œuvrant dans le champ de la santé bucco-dentaire Autres, précisez :

Si vous êtes représentant d'un organisme, précisez lequel :

Nom de l'organisme :

Adresse :

A joindre le règlement de 10 euros, montant de la cotisation annuelle à l'Association Handident Nièvre, par chèque libellé à l'ordre d'Handident Nièvre.

Fait le : A :

Signature :

Merci de renvoyer le bulletin d'adhésion complété avec le chèque à l'adresse suivante :

Association Handident Nièvre
15 rue Claude Tillier
58000 NEVERS