



Association des Dialysés et Greffés de l'Océan Indien

Tél. : 06 92 43 46 40

BULLETIN D'ADHÉSION

<input type="checkbox"/>	NV ADHÉSION
<input type="checkbox"/>	RENOUVELLEMENT

Le ___/___/20___ DIALYSÉ(E) GREFFÉ(E) ADHÉRENT(E)

Mme / Mr : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 C.P : 9 7 4 | ___ | ___ | Commune : _____
 ☎ : 0262 _____ 📱 : 069 _____
 E-mail : _____ @ _____

A.D.G.O.I. **Je règle ma cotisation annuelle de : 20 €** A.D.G.O.I. *signature de l'adhérent (e)*
Je fais un don complémentaire de : €
 Chèque Esp. TT Montant : €



Association des Dialysés et Greffés de l'Océan Indien

Tél. : 06 92 43 46 40

BULLETIN D'ADHÉSION

<input type="checkbox"/>	NV ADHÉSION
<input type="checkbox"/>	RENOUVELLEMENT

Le ___/___/20___ DIALYSÉ(E) GREFFÉ(E) ADHÉRENT(E)

Mme / Mr : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 C.P : 9 7 4 | ___ | ___ | Commune : _____
 ☎ : 0262 _____ 📱 : 069 _____
 E-mail : _____ @ _____

A.D.G.O.I. **Je règle ma cotisation annuelle de : 20 €** A.D.G.O.I. *signature de l'adhérent (e)*
Je fais un don complémentaire de : €
 Chèque Esp. TT Montant : €



Association des Dialysés et Greffés de l'Océan Indien

Tél. : 06 92 43 46 40

BULLETIN D'ADHÉSION

<input type="checkbox"/>	NV ADHÉSION
<input type="checkbox"/>	RENOUVELLEMENT

Le ___/___/20___ DIALYSÉ(E) GREFFÉ(E) ADHÉRENT(E)

Mme / Mr : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 C.P : 9 7 4 | ___ | ___ | Commune : _____
 ☎ : 0262 _____ 📱 : 069 _____
 E-mail : _____ @ _____

A.D.G.O.I. **Je règle ma cotisation annuelle de : 20 €** A.D.G.O.I. *signature de l'adhérent (e)*
Je fais un don complémentaire de : €
 Chèque Esp. TT Montant : €



Association des Dialysés et Greffés de l'Océan Indien

Tél. : 06 92 43 46 40

BULLETIN D'ADHÉSION

<input type="checkbox"/>	NV ADHÉSION
<input type="checkbox"/>	RENOUVELLEMENT

Le ___/___/20___ DIALYSÉ(E) GREFFÉ(E) ADHÉRENT(E)

Mme / Mr : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____

 C.P : 9 7 4 | ___ | ___ | Commune : _____
 ☎ : 0262 _____ 📱 : 069 _____
 E-mail : _____ @ _____

A.D.G.O.I. **Je règle ma cotisation annuelle de : 20 €** A.D.G.O.I. *signature de l'adhérent (e)*
Je fais un don complémentaire de : €
 Chèque Esp. TT Montant : €