# Bulletin d'Adhésion

Nom :_____ Prénom :_____
Profession :_____
Adresse : _____
Code postal: |__|__|__|__|__| Ville : _____
Téléphone : [__[__[__[__[__[__[__[__[__[__[ E-mail : _____@_____

adhère à l'APMH pour l'année _____ en tant que :

☐ Membre actif et verse ma cotisation de 30 €
☐ Membre sympathisant et verse ma cotisation de 50 €
☐ Membre bienfaiteur et verse ma cotisation de 100 € ou plus
☐ Cotisation réduite 16€ (étudiant, chômeur, retraité non imposable)
☐ Ne désire plus recevoir d'information de l'APMH

Date :_____ Signature :

Association loi 1901 n° W691069632 Siège social : 13, chemin de Montauban 69005 LYON
Site : www.apmh.asso.fr e-mail :apmh.asso@orange.fr tél : 06 70 30 23 88