



# BULLETIN d'ADHESION 2015

à adresser avec votre règlement à :

Dr LAFARGUE

EHPAD Mer et Pins

63 avenue de Bodon

44250 ST BREVIN LES PINS

**NOM Prénom :**

**Profession :**

**COORDONNEES :**

**Employeur :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Adresse mail :**

- Souhaite adhérer à l'association AGREE pour l'année 2015***
- Verse la cotisation d'un montant de 10 € (chèque à l'ordre d'AGREE)***

Fait à :

Le :

Signature :