**BULLETIN D’ADHÉSION**

**Nom :** ………………………………………………………………………………………..

**Prénom :** …………………………………………………………………………………....

**Date de naissance :** ….. / ….. / ………...

**Adresse :** ……………………………………………………………………………………

**Commune :** ……………………………………………… **Code Postal :** ………………

**Téléphone :** ………………………………………….

**E-mail :** …………………………………………………………@…………………………

**Montant de la cotisation :** **30 euros**

**Date de versement de la cotisation :** ….. / ….. / ………...

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l’association **Artc Sud – Association pour la Recherche sur les tumeurs cérébrales**

Fait à ………………………………….., le ….. / ….. / ………...

**Signature du membre**

(précédé de la mention “*Lu et approuvé*”)

****

Service de neuro-oncologie – CHU Timone

264 rue Saint Pierre

13385 Marseille cedex 5

06 20 20 62 62

artcsud@orange.fr

www.artcsud.fr