

GRANVILLE SANTE

COTISATION 2017

NOM : _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

E.MAIL : _____

TEL : _____

A Retourner à :

GRANVILLE SANTE

Marlène LEBASLE

304, Boulevard du Québec

50400 GRANVILLE

Cotisations :

- Etudiant..... Gratuit
- Salarié..... 15 eur
- Libéral..... 50 eur
- Etablissement..... 200 eur

GRANVILLE SANTE

304, Boulevard du Québec

50400 GRANVILLE

mlebasle@granvillesante.fr

TEL : 02 33 91 69 35

FAX : 02 33 50 35 22

NOM : _____

PRENOM : _____

COTISATION 2017

ACQUITEE POUR LA SOMME DE EUROS

LE : _____

BANQUE : _____

N° CHEQUE : _____

Partie à conserver. Ce document tient lieu de reçu.

NB / Cette cotisation donne droit à une réduction d'impôt de 50%

GRANVILLE SANTE