

GRANVILLE SANTE

COTISATION 2021

NOM : _____ PRENOM : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

E.MAIL : _____

TEL : _____

A Retourner à :
GRANVILLE SANTE
Marlène LEBASLE
304, Boulevard du Québec
50400 GRANVILLE

Cotisations :

- | | |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> Etudiant..... | Gratuit |
| <input type="checkbox"/> Salarié..... | 15 eur |
| <input type="checkbox"/> Libéral..... | 50 eur |
| <input type="checkbox"/> Etablissement..... | 200 eur |

GRANVILLE SANTE
304, Boulevard du Québec
50400 GRANVILLE
formation@granvillesante.fr
TEL : 02 33 91 69 35
FAX : 02 33 50 35 22

NOM : _____

PRENOM : _____

COTISATION 2021

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% ou 66% selon votre cas

GRANVILLE SANTE