

# GRANVILLE SANTE

## COTISATION 2026

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 euros  |
| <input type="checkbox"/> Libéral.....       | 50 euros  |
| <input type="checkbox"/> Etablissement..... | 200 euros |

**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 2026**

**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