

# Association E.C.A.R.T. Ψ

## Bulletin d'adhésion 2017 - 2018

À imprimer et envoyer à l'adresse indiquée ci-dessous.

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code Postal :  
Ville :  
Pays :  
Téléphone :  
E-mail :  
Profession :

Je souhaite adhérer à E.C.A.R.T. Ψ en tant que :

- Participant au séminaire - extérieur à l'hôpital (**15 euros**)
- Membre (**40 euros**)
- Membre bienfaiteur (**à partir de 50 euros**)

Montant : .....euros

Chèques à l'ordre de : E.C.A.R.T. psy

A adresser à :

Hôpitaux de Saint-Maurice – Pôle Esquirol  
Service 75G10/11  
12-14, rue du Val d'Osne  
94410 SAINT-MAURICE  
☎ 01.43.96.62.00  
e-mail : [contact@ecart-psy.org](mailto:contact@ecart-psy.org)  
site : [www.ecart-psy.org](http://www.ecart-psy.org)

Date et signature :