

Association E.C.A.R.T. Ψ

Bulletin d'adhésion 2015 - 2016

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
site : www.ecart-psy.org

Date et signature :