



## Bulletin d'adhésion – INDIVIDUEL Professionnel de santé

### Coordonnées

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Mail (OBLIGATOIRE) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Profession (OBLIGATOIRE) \_\_\_\_\_

- J'adhère à la CoFAM (jusqu'à la fin de l'année en cours, renouvelable chaque année au mois de janvier). Les adhésions reçues après le 31 Octobre seront reportées sur l'année suivante.
- Je m'engage au respect des statuts, du règlement intérieur et de l'éthique de la CoFAM (textes consultables sur le site web).

Signature précédée de la mention « *Lu et  
approuvé* »

### Cotisation :

25 € Membre Individuel

Don de .....€

Règlement par chèque à l'ordre de la CoFAM,

A retourner à l'adresse suivante :

La CoFAM  
Isabelle CHARTIER  
3 Route de Nogent  
61130 SERIGNY  
coordinationallaitement@gmail.com

*Nous vous remercions du soutien et de l'intérêt que vous portez à la CoFAM*