



BULLETIN D'ADHESION ET DE SOUTIEN

Je désire adhérer à SANTÉ LIBERTÉ BRETAGNE pour l'année 2024 en tant que :

. MEMBRE ADHÉRENT	35 €	..
. COTISATION RÉDUITE :	20 €	..
Pour les demandeurs d'emploi, étudiants, non imposables, autres		
. COUPLE ADHÉRENT	40 €	..
. MEMBRE BIENFAITEUR à partir de	50 €	..
	Total =	..

Chèque à établir à l'ordre de SANTE LIBERTE BRETAGNE.

Quelle que soit l'option choisie, je recevrai la revue **Santé Liberté Bretagne**.

NOM :

Prénom :

Adresse :

E-mail :

Tél. :

Profession :

Date :

Signature

Document à retourner (accompagné de votre règlement) à :

SANTÉ LIBERTÉ BRETAGNE
2, bis, rue de la belle étoile
56580 ROHAN