

01/202

AVADOL

ASSOCIATION
Case Postale 1421, 1951 Sion

Visa :

RDV date : Hr :

BULLETIN D'ADHESION

Nom : Prénom :

Adresse complète :

NP et Localité : Tél. :

Date de naissance : Profession :

E-mail :

Par quel biais ai-je entendu parler d'Avadol ? :

Je suis : (mettre une croix) et compléter

Professionnel de la santé Entourage Qui ?

Personne vivant la Douleur Chronique : Pathologies :
.....
.....
.....

Membre intéressé par les groupes

Cotisations annuelles :

CHF 50.00 personne individuelle CHF 80.00 famille
CHF 120.00 association/institution

Merci pour votre soutien.

Par ma signature, je confirme que les renseignements ci-dessus sont exacts, je m'engage à payer ma cotisation annuelle dans les meilleurs délais

Date : Signature :

PLUS JAMAIS SEUL, MAIS ENSEMBLE