

BULLETIN DE COTISATION 2017 - 2018

VOS INFORMATIONS

☐

Mme

☐

Mlle

☐

M

PRENOM

.....

NOM

ACTUEL

NOM CIVIL

.....

(Tel qu'inscrit sur votre état civil de naissance)

ADRESSE

.....

VILLE

.....

CODE POSTAL

.....

E-MAIL

.....

TEL.

.....

ECOLE

INSTITUT D'OSTEOPATHIE DE RENNES

PROMOTION

P

VOTRE COTISATION

☐

Adhésion annuelle

50€

☐

Adhésion à vie

80€

Je souhaite faire un don complémentaire d'un montant de :

☐

30€

☐

50€

☐

100€

☐

150€

☐

Autre

€

Votre cotisation sera prise en compte dès réception de votre paiement.

Les chèques sont à libeller à l'ordre de :
ALUMNI IO-RENNES