

CRDHM
4, rue du Port
17300 Rochefort

Le.....

COTISATION 2017

Mme, Mlle, M.....prénom.....

Adresse.....

.....

Code Postal :Ville :

Mail :@.....

Téléphone : Mobile :

déjà membre

nouveau membre

membre actif « individuel »

16,00€

membre actif « couple »

21,00€

membre bienfaiteur

25,00€ et +

Merci d'établir le chèque à l'ordre du CRDHM