



BP 1992 - S. CHABLOZ - 01-OUAGADOUGOU
SIÈGE DE L'ASSOCIATION

Formulaire d'adhésion à l'association santé mobile ASPA

Nom Prénom

Adresse No

Ville Code postal

E-mail

Téléphone Mobile

- Je déclare souhaiter devenir membre de l'association santé mobile ASPA pour une durée d'un an. Cette inscription se renouvelle tacitement d'année en année sans avis de résiliation de ma part. Je verse une cotisation annuelle de **fr. 50.00** à l'aide du bulletin de versement ci-joint ou versement aux coordonnées ci-dessous.
- Je souhaite faire un don à l'association d'un montant de fr.

Ma contribution s'adresse à :

- Association ASPA – santé mobile.
- Association ASPA – parrainage des filles Burkinabé à l'école.
- Je souhaite recevoir la lettre d'information annuelle.

Lieu et date

Signature

Santé Mobile ASPA
WWW.burkina-santemobile.ch
Suzanne Chabloz
E-mail : suchabloz@yahoo

Mobile Suisse 0041 78 827 68 83 / Fixe Suisse 0041 21 683 80 78 / Mobile Burina 00226 77 67 01 01
Postfinance 17-70422-3 IBAN CH 17 0900 0000 1707 04223