

# BULLETIN D'ADHÉSION

Nom / prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

..... Code Postal : .....

Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

E-mail : .....

Etablissement d'origine : .....

Grade (*facultatif*) : .....

Parrainé par (*facultatif*) M. M<sup>me</sup> : .....

..... N° adhérent : .....

## Désire adhérer à :

L'ASSOCIATION NATIONALE DES HOSPITALIERS RETRAITÉS

(joindre votre règlement libellé à l'ordre de A.N.H.R.)

Ci-joint : Chèque bancaire de ..... €

A ..... le .....

Signature

## Bulletin à adresser à :

Secrétaire : Liliane GUIBEY

16 rue Camille SAINT SAENS

76800 SAINT ETIENNE DU ROUVRAY

Tel : 02 35 65 05 84 ou 06 76 19 08 66