



Association des Patients du Centre Médical de Forcilles

Centre Médical de Forcilles
77150 Férolles-Attilly

Bulletin d'adhésion

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Souhaite adhérer à l'Association des Patients
du Centre Médical de Forcilles et paie une cotisation
D'un minimum de 5 €:

Date : Signature :

*Merci d'adresser le bulletin, accompagné d'un
chèque Libellé au nom de APCMF au Centre Médical
de Forcilles 77150 Férolles Attilly*