



Association pour l'Utilisation Raisonnée  
des Médecines Alternatives

## BULLETIN D'ADHESION

JE SOUSSIGNE(E) .....

SOUHAITE DEVENIR MEMBRE DE L'ASSOCIATION POUR L'UTILISATION RAISONNÉE DES  
MÉDECINES ALTERNATIVES (AURMA).

ADRESSE : .....

.....  
.....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE : ..... FAX : .....

PORTABLE : ..... E-MAIL : .....

COTISATION ANNUELLE 2012 : 2 EUROS

MEMBRE BIENFAITEUR :

DATE : ..... SIGNATURE

AURMA