



Association pour l'Utilisation Raisonnée
des Médecines Alternatives

BULLETIN D'ADHESION

JE SOUSSIGNÉ(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 2009 : 2 EUROS

MEMBRE BIENFAITEUR :

DATE :

SIGNATURE