



Bulletin d'adhésion à l'Association Handident Franche-Comté

NOM : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Vous adhérez à l'association Handident Franche-Comté en tant que :

Patient (ou représentant) du réseau de santé bucco-dentaire Handident Franche-Comté

Praticien odontologiste

Organisme œuvrant dans le champ du handicap ou des personnes âgées dépendantes

Organisme œuvrant dans le champ de la santé bucco-dentaire

Autres, précisez :

Si vous êtes représentant d'un organisme, précisez lequel :

Nom de l'organisme :

Adresse :

A joindre le règlement de 10 euros, montant de la cotisation annuelle à l'Association Handident Franche-Comté, par chèque libellé à l'ordre d'Handident Franche-Comté.

Fait le :

A :

Signature :

Merci de renvoyer le bulletin d'adhésion complété avec le chèque à l'adresse suivante :

Maison dentaire – Handident Franche-Comté
16 rue Ambroise Paré
25000 Besançon