

**BULLETIN d'ADHESION**  
**à l'I.A.S. du LYONNAIS pour l'année 2015**

**Montant de la cotisation annuelle : 20 €**

Mme Mlle M.            Nom : .....            Prénom : .....

Adresse : .....

CP : .....            Ville : .....

Tél. : .....            Mail : .....

Date de naissance : .....            Date de la stomie : .....

Type de stomie

Colostomie

Iliéostomie

Urinaire

**A retourner, accompagné de votre règlement par chèque à l'adresse suivante :**

**I.A.S. du LYONNAIS**  
**B.P. 2228**  
**69214 LYON Cedex 02**