

BULLETIN d'ADHESION
à l'I.A.S. du LYONNAIS pour l'année 2019

Montant de la cotisation annuelle : 25 €

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
22 rue de Chavril
69110 STE FOY LES LYON