

Remplissez les champs de ce bulletin et retournez-le par courriel à contact@armoni-sante.com

Bulletin d'adhésion 2024 ARMONI-SANTÉ



Nom: _____ Prénom: _____

Adresse postale: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Date du versement de la cotisation (5 € pour l'année civile): _____

Si vous souhaitez participer activement à l'association, qu'aimeriez-vous proposer?
(exemple : confection de repas, entretien du lieu, jardinage, petits travaux, accueil, organisation de manifestations, secrétariat, administration, communication, groupe de professionnels et laboratoire de pratiques, etc.)