



**ARGCC**  
Association Régionale des Greffés du Cœur

# Bulletin d'adhésion

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....Code Postal : \_ \_ \_ \_ Ville : .....

TELEPHONES : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

EMAIL : .....@.....

DATE DE NAISSANCE : ...../ ...../ .....PROFESSION : .....

Etes-vous greffé ? Oui  Non  si oui à quelle date : .....

En attente de greffe ? Oui  Non

NOM et PRENOM de la personne hospitalisé : .....

Dans quel service : .....

## Soutient les actions de l'ARGCC en tant que :

Membre actif (greffé)

Membre bienfaiteur (adhérent)

Membre sympathisant (hébergé)

COTISATION : 20 €

Votre participation : .....€ (joindre votre chèque à l'ordre de l'ARGCC)

Je désire recevoir un reçu fiscal :

oui

non

Date et Signature :

Réservé à l'administration

Réglée par :

Date :