

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

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

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

EMAIL :@.....

DATE DE NAISSANCE ://PROFESSION :

N° d'immatriculation (Si vous êtes venus en voiture) :

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 :

Je soutiens les actions de l'ARGC en tant que :

Membre actif (greffé)

Membre bienfaiteur (adhérent)

Membre sympathisant (hébergé)

COTISATION : 20 €

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

Je désire recevoir un reçu fiscal : oui

non

Date et Signature :

Réservé à l'administration

Réglée par :

Date :