



BULLETIN D'ADHESION IAS DU LYONNAIS

Civilité :

Nom :

Prénom :

Courriel :

Téléphone :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Année de naissance :

Date de la stomie :

Type de stomie :

iléostomie

colostomie

urostomie

Je désire adhérer à l'association « IAS du Lyonnais » en tant que :

Membre : 30 € / an

Donateur ou bienfaiteur selon vos possibilités

Soit la somme de.....€

Par chèque à l'ordre de **IAS du Lyonnais**.

Votre inscription sera prise en compte à réception de votre paiement à envoyer à :

IAS du Lyonnais

22 rue de Chavril

69110 Ste FOY LES LYON