



Réseau LORSEP : Groupe Lorrain pour la prise en charge de la Sclérose en Plaques

## BULLETIN D'ADHESION

Monsieur

Madame

Mademoiselle

NOM : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Activité :  Libérale

Hospitalier

Salarié

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

Email : .....

Email sécurisé : .....

N° carte GIP CPS : .....

J'accepte d'adhérer à l'Association LORSEP et m'engage à respecter la Charte du Réseau Lorsep.

Je verse une cotisation de 10.00 Euros.

Date

Signature

Cachet

❖ Votre règlement par chèque est à retourner à :

**LORSEP**  
19 Bis Rue de la République  
54510 TOMBLAINE