



cotisation année 2017

Adhésion au Club Francophone de l'Autophagie - CFATG

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse professionnelle: _____

Code postal: _____

Ville: _____

Pays: _____

Tel: _____ Fax: _____

Email (obligatoire pour recevoir la **Newsletter mensuelle** du CFATG) :

Thématique de recherche, 4 mots-clés : _____

- je désire adhérer au club et verse la cotisation 2017 de 15€ (avant le 31/07/17)
- je désire adhérer au club et verse la cotisation 2017 de 25€ (à partir du 01/08/17)
- je désire devenir membre bienfaiteur et je fais une donation de _____ euros
- je refuse que mes coordonnées soient diffusées

Fait à _____ , le _____ 2017

Signature :