



*Pôle Ressources du Patrimoine  
Hospitalier et Médical du Nord*

**BULLETIN D'ADHESION 2021**  
**(Adhésion pour l'année civile)**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél. : .....

Email : .....

déclare  adhérer  renouveler mon adhésion

à l'Association du Musée Hospitalier Régional de Lille et verse la somme de .....€  
par chèque à l'ordre du « **Musée Hospitalier Régional de Lille** ».

**Tarifs d'adhésion**

- |   |      |  |        |
|---|------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Etudiant (- de 25 ans) | 10 € | <input type="checkbox"/> Donateur (à partir de 40 €) | .....€ |
| <input type="checkbox"/> Individuel             | 25 € | <input type="checkbox"/> Organisme / Association     | 25 €   |
| <input type="checkbox"/> Familial (2 pers.)     | 30 € |  |        |
| <input type="checkbox"/> Bienfaiteur            | 40 € |  |        |

**Souhaitez-vous recevoir un reçu d'adhésion ?**  Oui  Non

**Souhaitez-vous recevoir notre lettre d'information :**

- par courrier  Oui  Non  
- par email  Oui  Non

**A envoyer avec votre règlement à :**

Association du Musée Hospitalier Régional de Lille  
BP 1267  
59014 Lille cedex