



*Pôle Ressources du Patrimoine
Hospitalier et Médical du Nord*

BULLETIN D'ADHESION 2024
(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"/> Individuel | 30 € | <input type="checkbox"/> Etudiant (- de 25 ans) | 10 € |
| <input type="checkbox"/> Familial (2 pers.) | 50 € | <input type="checkbox"/> Organisme / Association | 50 € |
| <input type="checkbox"/> Bienfaiteur (à partir de 60 €) : |€ | | |

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