



*Pôle Ressources du Patrimoine
Hospitalier et Médical du Nord*

BULLETIN D'ADHESION 2019
(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** ».

- | | | | |
|--|------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Individuel : | 20 € | <input type="checkbox"/> Donateur (à partir de 40 €) : |€ |
| <input type="checkbox"/> Couple : | 30 € | <input type="checkbox"/> Organisme / Association : | 25 € |
| <input type="checkbox"/> Bienfaiteur : | 40 € | | |

Souhaitez-vous recevoir un reçu ? Oui Non

Souhaitez-vous recevoir notre lettre d'information :

- | | |
|----------------|---|
| - par courrier | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| - par email | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

A envoyer avec votre règlement à :

Mr le Trésorier
Association du Musée Hospitalier Régional de Lille
BP 1267
59014 Lille cedex