



*Pôle Ressources du Patrimoine
Hospitalier et Médical du Nord*

BULLETIN D'ADHESION 2017
(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** ».

Individuel : 20 € Bienfaiteur : 40 €

Couple : 30 € Donateur (à partir de 40 €) :€

Souhaitez-vous recevoir un reçu ? Oui Non

Les reçus 2017 seront envoyés au début de l'année 2018.

Souhaitez-vous recevoir notre lettre d'information :

- par courrier Oui Non

- par email Oui Non

A envoyer avec votre règlement à :

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