



**Dijon Santé Côte d'Or**

*Les militants de la santé*

# BULLETIN D'ADHÉSION

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_

**Ville :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

**Renvoyez ce bulletin, accompagné de votre cotisation de 5 euros,  
à l'adresse suivante :**

**Dijon Santé Côte d'Or**

**24 bd Jeanne d'Arc**

**21000 DIJON**