



## DEMANDE D'ADHESION

(à retourner au siège de l'association)

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Téléphone (facultatif) \_\_\_\_\_

sollicite mon adhésion à l'association sans but lucratif pharmacare.lu. Dans ce cadre je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association et d'y adhérer pleinement.

Lieu et date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_