



# BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUELLE

A retourner par courrier :

2SPP - Paliped, 3-5 rue de Metz, 75010 PARIS

2SPP  
Société française de  
Soins Palliatifs Pédiatriques

## JE SOUHAITE ADHERER A LA 2SPP

### MES COORDONNEES

Nom ..... Prénom.....

Adresse personnelle.....

Code postal..... Ville.....

Adresse professionnelle.....

Code postal..... Ville.....

Tél professionnel.....

Email pro.....

Profession .....

### LES RAISONS QUI MOTIVENT MON ADHESION

.....  
.....  
.....

Mes parrains\*

.....

.....

signature

signature

En rejoignant la 2SPP, je m'engage à respecter ses valeurs et son éthique.

### MONTANT DE LA COTISATION

Professionnel : 20 euros (Chèque à joindre à ce formulaire d'adhésion).

**J'accepte de figurer dans l'annuaire des adhérents**  **Oui**  **Non**

Cet annuaire est uniquement accessible sur le site intranet de la 2SPP et réservé aux adhérents

Fait à .....

Le ..../..../.....

Signature

\*Toute nouvelle adhésion doit être parrainée par deux adhérents de la 2SPP.