



Bulletin d'adhésion à Sud Santé Sociaux

Nom :

Prénom :

Rue :

Ville :

Code postale:

Mail :

Téléphone :

Profession :

Employeur :

Montant de la cotisation :

Paiement par chèque

Par prélèvement automatique

Date d'adhésion :

Signature :

Bulletin à retourner signé à : **SUD Santé Sociaux Occitanie**
23 rue Lakanal
34090 Montpellier