



**BULLETIN D'ADHESION OU DE
RENOUVELLEMENT**

ANNEE 2015

Nom **Prénom**

Adresse postale
.....
.....

Tél dom **Portable**

Adresse électronique

Membre actif : 35,00€ **Membre bienfaiteur : 100,00€ (ou plus)**

Paiement : **Date**/...../..... **Montant** **N° Chèque**

Signature

A retourner avec votre chèque à l'ordre de l'AMARHISFA à l'adresse suivante :

AMARHISFA – BP 902 - 97245 FORT DE FRANCE CEDEX