



BULLETIN D'ADHÉSION

Je souhaite :

Être contacté pour la prochaine rencontre, je
laisse mes coordonnées

Devenir membre du GISP

Nom : _____

Prénom : _____

Profession :

Adresse personnelle ou professionnelle:

Tél. : _____

GSM : _____

Adresse Mail :

Vous trouverez ci-joint mon règlement de cotisation d'un
montant de 20 € par chèque à l'ordre du GISP.

Le ____/____/ 2

Signature :

Formulaire à renvoyer à :

GISP
Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
CHU sud
BP 350
97448 St-Pierre

Contact Courriel: gisp974@gmail.com

Tél: UMASP : 0262359372