

**Demande d'adhésion à l'Amicale du personnel des Hôpitaux du Sud Manche**

Nom ..... Prénom : .....

Service (précisez Unité, Site, IFSI ou retraité(e)) : .....

Nombre d'enfants à charge : .....Tél portable : .....

Souhaitez-vous recevoir les offres de l'Amicale par mail :  oui  non

Adresse mail (*bien lisible*) : .....

*Date et signature*

*Cette carte est nominative et réservée au titulaire, conjoint et enfants à charge.*

.....

**Demande d'adhésion à l'Amicale du personnel des Hôpitaux du Sud Manche**

Nom ..... Prénom : .....

Service (précisez Unité, Site, IFSI ou retraité(e)) : .....

Nombre d'enfants à charge : .....Tél portable : .....

Souhaitez-vous recevoir les offres de l'Amicale par mail :  oui  non

Adresse mail (*bien lisible*) : .....

*Date et signature*

*Cette carte est nominative et réservée au titulaire, conjoint et enfants à charge.*

.....

**Demande d'adhésion à l'Amicale du personnel des Hôpitaux du Sud Manche**

Nom ..... Prénom : .....

Service (précisez Unité, Site, IFSI ou retraité(e)) : .....

Nombre d'enfants à charge : .....Tél portable : .....

Souhaitez-vous recevoir les offres de l'Amicale par mail :  oui  non

Adresse mail (*bien lisible*) : .....

*Date et signature*

*Cette carte est nominative et réservée au titulaire, conjoint et enfants à charge.*