



NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

.....Code Postal : \_ \_ \_ \_ Ville : .....

TELEPHONES : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_

EMAIL : .....@.....

DATE DE NAISSANCE : ...../ ...../ .....PROFESSION : .....

N° d'immatriculation (Si vous êtes venus en voiture) : .....

**Etes-vous greffé ? Oui  Non  si oui à quelle date : .....**

**En attente de greffe ? Oui  Non**

NOM et PRENOM de la personne hospitalisé : .....

Dans quel service : .....

**Je soutiens les actions de l'ARGC en tant que :**

Membre actif (greffé)

Membre bienfaiteur (adhérent)

Membre sympathisant (hébergé)

**COTISATION : 20 €**

Votre participation : .....€ (joindre votre chèque à l'ordre de l'ARGC)

Je désire recevoir un reçu fiscal : oui

non

Date et Signature :

Réservé à l'administration

Réglée par :

Date :