



**BULLETIN D'ADHESION
CLADIMED**

**A retourner à
CLADIMED**

95 rue de Billancourt – BP 641 – 92100 Boulogne Billancourt
Tél. : 01 49 09 62 60 - Fax : 01 49 09 62 73 – email : info@acl.tm.fr
www.cladimed.com

ANNÉE 20..

Oui, je souhaite adhérer à CLADIMED

Fabricant - Distributeur

Autre (précisez) : _____

Montant de la cotisation : 500 euros H.T. soit 598 euros T.T.C.

Règlement :

Par chèque à l'ordre de CLADIMED

A réception de facture adressée à :

Société : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal – Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____@_____