



COORDONNEES DE L'ADHERENT (LIEU DE FACTURATION)

Établissement :
 Adresse :
 Tél. : Mail :

COORDONNEES DE L'ABONNE :

Établissement :
 Adresse :
 Tél. :
 Nom et fonction du professionnel référent :

► Je souhaite recevoir Info-Fax à l'adresse mail suivante :

VOTRE ABONNEMENT : Tarif applicable jusqu' au 31/12/19

Montant de l'abonnement avec l'adhésion : 73 €
 (Voir détails ci-dessous)

| | |
|---|------------------------------------|
| J'adhère à l'association Lilavie : | 5 € (obligatoire ¹) |
| Abonnement : | 68 € |
| Je soutiens l'association Lilavie. Montant du don : | |
| Total : | |

PAIEMENT (94 numéros) :

- Par chèque à l'ordre de Lilavie
 Par virement
 Par mandat administratif

IBAN: FR76 1444 5004 0008 1030 7151 913
 RIB: 14445 00400 08103071519 13
 BIC : CEPAFRPP444
 Domiciliation : Caisse d'Epargne de Laval

(1) Nous sommes une structure associative non commerciale, c'est pourquoi l'adhésion est annuelle et obligatoire. **Si vous prenez plusieurs abonnements, vous ne payez qu'une adhésion.**

Notre association vivant grâce aux abonnements, le transfert et la mise en ligne du journal à un site non abonné, sont strictement interdits.

Fait le :

Signature :