



ASSOCIATION DES STOMISÉS *de Normandie*

Écouter • Informer • Soutenir • Agir ensemble



20 rue de l'église
14610 EPRON



06 87 15 46 25



stomnormandie@gmail.com

BULLETIN D'ADHESION

Nom :

Prénom :

Année de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Mail :

Vous êtes : *cochez la case correspondante*

☐ Colostomisé(e)

☐ Iléostomisé(e)

☐ Urostomisé(e)

depuis le :

☐ Personnel soignant ☐ Accompagnant

Je désire adhérer à l'Association des Stomisés de Normandie et choisis la formule suivante : *cochez la case correspondante*

☐ Adhésion : ☐ 25€ ☐ autre montant (>supérieur à 25€) _____

☐ Bienfaiteur et verse la somme de _____

Chèque à l'ordre de l'Association des Stomisés de Normandie

Fait à :

le:

Signature