

**BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RENOUELEMENT D'ADHÉSION**

A retourner à votre délégué départemental ou à défaut au siège :  
Lourdes Cancer Espérance – 46 Place du Champ Commun - Résidence « Bet Ceu » – 65100 LOURDES

M.  Mme  Mlle  Père  Dr  Sr

NOM..... Prénom.....Prénom.....  
(Pour les couples, mettre chacun des prénoms.)

Adresse.....

Code Postal [ ] Ville : .....

Tel : Mail :

Désire adhérer à LCE  Désire renouveler mon adhésion

Cotisation individuelle : 20 €  couple 40 €  don complémentaire 10 € 20 € 30 € Autres

*Tout paiement donne lieu à l'établissement d'un reçu qui vous sera retourné par votre délégué ou le secrétariat.*

FAITES ADHÉRER VOS PARENTS ET AMIS – MERCI DE VOTRE AIDE.



Tampon du délégué :  
**Lourdes Cancer Espérance**  
Association d'Intérêt Général  
Délégation FRANCHE-COMTE  
25 39 70 90

30 rue des Vignes – 25220 Roche lez Beaupré  
03 81 57 06 25 – 06 78 35 71 47 – www.lcef-c.fr

Pour les Membres du Bureau national  
La Présidente,

M. C. AIZPURUA

**BULLETIN D'ABONNEMENT OU DE REABONNEMENT A LA REVUE L.C.E.**

**Renvoyez les deux premiers exemplaires blanc et bleu à votre délégué et gardez le dernier rose**

M  Mme  Mlle  Père  Dr  Sr

Nom [ ]

Prénom [ ]

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Montant de l'abonnement choisi : .....

**TARIF**

1 an (13 €) - Abonnement de soutien (18 €) - Prix du n° (3,25 €)

**CADRE RESERVE AU SECRETARIAT**

Payé le : ..... ( ) CB n° : ..... ( ) CP n° : ..... ( ) Espèces

BULLETIN D'ABONNEMENT OU DE REABONNEMENT A LA REVUE L.C.E.

**Renvoyez les deux premiers exemplaires blanc et bleu à votre délégué et gardez le dernier rose**

M  Mme  Mlle  Père  Dr  Sr

Nom

Prénom

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Montant de l'abonnement choisi : .....

**TARIF**

1 an (13 €) - Abonnement de soutien (18 €) - Prix du n° (3,25 €)

**CADRE RESERVE AU SECRETARIAT**

Payé le : ..... ( ) CB n° : ..... ( ) CP n° : ..... ( ) Espèces

BULLETIN D'ABONNEMENT OU DE REABONNEMENT A LA REVUE L.C.E.

**Renvoyez les deux premiers exemplaires blanc et bleu à votre délégué et gardez le dernier rose**

M  Mme  Mlle  Père  Dr  Sr

Nom

Prénom

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Montant de l'abonnement choisi : .....

**TARIF**

1 an (13 €) - Abonnement de soutien (18 €) - Prix du n° (3,25 €)

**CADRE RESERVE AU SECRETARIAT**

Payé le : ..... ( ) CB n° : ..... ( ) CP n° : ..... ( ) Espèces