

Société Mycologique Vaudoise



Le (la) soussigné (e) demande son **ADMISSION** comme membre de la **SOCIÉTÉ MYCOLOGIQUE VAUDOISE** à Lausanne.

Nom : _____

Prénom : _____

Année de naissance : _____

Profession : _____

Domicile : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone / E-mail : _____

Lieu : _____

Date : _____

Signature : _____

Cotisation annuelle : Individuelle : -----Frs. 40.-

Familiale : ----- Frs. 50.-

Merci de verser la cotisation au CCP 10-2653-6 (bulletin rose)

A retourner au Président Gilbert Bovay, Aimé Steilen 7, 1004 Lausanne
ou lors d'une rencontre. Si question : 021 624 42 48 --- gilbert.bovay@bluewin.ch