

# Société Mycologique Vaudoise



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

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Cotisation annuelle : Individuelle :  Frs. 40.-  
Familiale :  Frs. 50.-

A retourner à l'adresse suivante :

[smv@myco-vaud.ch](mailto:smv@myco-vaud.ch)

ou lors d'une rencontre.