

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

ou lors d'une rencontre.