

A.S.E.S.M.E.L.

Académie Scientifique des Enseignants et Spécialistes en Médecine Esthétique et Longévité

Demande d'adhésion en tant que Membre Correspondant

NOM :

PRENOM :

NATIONALITE :

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

C.P. : Ville :

Pays :

Tél. Prof. : Fax :

ADRESSE PRIVEE :

C.P. : Ville :

Pays :

Tél. Privé : Tél. Portable :

E-mail :

Inscription pour l'année : **2018**

Montant de la cotisation annuelle : **200 €**

Règlement par Chèque : Espèces :

ou Virement (sans frais pour le bénéficiaire) :

ASESMEL : IBAN = FR76 1751 5900 0008 0105 2108 812

BIC = CEPAFRPP751

Date :

Signature :

Secrétariat : 16 Chemin de la Perrière 91310 MONTLHERY
Tel : 01 77 18 58 07 // asesmel@orange.fr