



## Bulletin d'adhésion

---

Je soussigné(e) :

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| Nom :               | _____               |
| Prénom :            | _____               |
| Adresse :           | _____               |
| Code Postal :       | _____               |
| Ville :             | _____               |
| Pays :              | LU BE FR Autre :    |
| Téléphone :         | _____               |
| Adresse email :     | _____               |
| Date de naissance : | _____               |
| Profession :        | _____               |
| Nationalité :       | LU BE FR PT Autre : |

Désire devenir membre de l'Association Luxembourgeoise Borréliose de Lyme Asbl.

A cette fin, je m'engage à verser la cotisation annuelle d'un montant de 15.00€  
sur le compte **CCPLLULL LU83 1111 7020 3344 0000** à l'ordre de l'ALBL asbl.

**Motivation de l'adhésion :**

---

**Comment avez-vous eu connaissance de l'association ? :**

**Fait à :**

**le :**

**Signature :**

Nous vous remercions d'avance, pour votre adhésion.