

Bulletin d'adhésion

à compléter et à retourner à :
INTERMEDES CONSEILS 110, rue de Montreuil 75011 PARIS

Mr. Mme (Nom, Prénom).....

adresse:.....

CP:..... Ville:.....

tél / mobile:.....

courriel:@.....

Je m'engage à agir dans l'intérêt des victimes de dommages corporels et dans celui des compagnies d'assurances si leurs intérêts sont convergents.

Je souhaite devenir membre correspondant et travailler avec les médecins et les avocats de l'Association. Je règle la cotisation annuelle fixée par le Conseil d'Administration (actuellement à 100€) à l'ordre d'Intermèdes Conseils.

Je souhaite faire un don à l'Association de

date et signature: