



**Nos Tout-Petits de Savoie**  
Centre Hospitalier Métropole  
Service Grossesses Pathologiques  
Bâtiment L'Eveillon  
73000 CHAMBERY

## BULLETIN D'ADHESION 2024

De mars 2024 à mars 2025

Madame / Monsieur .....

Adresse .....

.....

Code postal .....

VILLE .....

Téléphone .....

Mail .....

Le cas échéant :

Prénom de votre (vos) bébé(s) : .....

Date (s) du (des) bébé (s) : .....

- Parents
- Grands-parents
- Membres de la famille
- Autres...

### Formule choisie : Merci de cocher les cases correspondantes

- Adhésion : 20 €**
  - Adhésion Individuelle
  - Adhésion Couple
- Membre bienfaiteur** : Adhésion et Don libre pour l'association : montant : .....€
  - Montant réglé par chèque (ordre Nos Tout-petits de Savoie)
  - Montant réglé par virement (indiquer vos nom-prénom et adhésion sur le virement)

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent ou des adhérents :

Versement du montant par chèque libellé à l'ordre de l'association Nos tout-petits de Savoie et à retourner à l'adresse ci-dessus ou par virement à l'aide du RIB ci-joint accompagné du bulletin d'adhésion. Lors du virement, merci de bien indiquer vos noms et prénoms

#### RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte



CR DES SAVOIE  
LA MOTTE SERVOLEX  
Tel. 0479446029 Fax. 0479254842

28/02/2020  
00830

#### Intitulé du compte

ASSOC. NOS TOUT-PETITS DE  
SAVOIE  
CH METROPOLE SAVOIE  
SERVICE GROSSESSE PATHOLOGIQUE  
BAT L'VEILLON  
73000 CHAMBERY

#### Domiciliation

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18106	00810	96737727529	72

IBAN FR76 1810 6008 1096 7377 2752 972  
Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT AGRIFRPP881