

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Ville

N° Tél

E-mail

(Envoi mensuel d'une lettre d'information)

Je suis

Implanté(e)

Parent d'enfant implanté

Autre

Date d'implantation

Centre d'implantation

Marque d'implant cochléaire

Advanced Bionics

Cochlear

Medel

Oticon

COTISATION

Cotisation annuelle : euros (non déductible des impôts)

Don supplémentaire : euros

*(Ce don étant déductible des impôts, un reçu fiscal vous sera adressé)***Montant total :****Règlement par chèque à l'ordre de CISIC**

Fait à

le

Signature