

Je soussigné(e) accepte que mon nom figure dans la liste des médecins qui soutiennent la brochure de sensibilisation de l'association Veille au grain - Bourgogne intitulée « **Cultivons la vie sans pesticides !** ».

Fait à

Le

Signature :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Fonction dans le corps médical :

Coupon à remplir et à renvoyer par mail à ***contact@veilleaugrain.org***
ou par courrier à ***Veille au grain, boîte NN5, Maison des Associations, 2 rue des Corroyeurs, 21000 Dijon***

Je soussigné(e) accepte que mon nom figure dans la liste des médecins qui soutiennent la brochure de sensibilisation de l'association Veille au grain - Bourgogne intitulée « **Cultivons la vie sans pesticides !** ».

Fait à

Le

Signature :

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Fonction dans le corps médical :

Coupon à remplir et à renvoyer par mail à ***contact@veilleaugrain.org***
ou par courrier à ***Veille au grain, boîte NN5, Maison des Associations, 2 rue des Corroyeurs, 21000 Dijon***