



BULLETIN D'INSCRIPTION

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Adresse : _____

- Code postal : _____
- Ville : _____
- Tél mob : _____
- Adresse mail : _____
- Profession : _____
- N° de licence : _____ ● Index : _____

Je participe à :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 29 AVR : GOLF DE BASSIN BLEU | <input type="checkbox"/> 16 JUILLET : GOLF DE SALVAGNY |
| <input type="checkbox"/> 03 JUIN : GOLF DE NÎMES | <input type="checkbox"/> 02 SEPT : GOLF DE SAINT MALO |
| <input type="checkbox"/> 10 JUIN : GOLF DE SAINT DONAT | <input type="checkbox"/> 09 SEPT : GOLF DE LA BAULE |
| <input type="checkbox"/> 24 JUIN : GOLF DE METZ CHERISEY | <input type="checkbox"/> 16 SEPT : GOLF DE CAEN-OMAHA BEACH |
| <input type="checkbox"/> 1 ^{ER} JUIL : GOLF DE PIAN-MÉDOC | <input type="checkbox"/> 23 SEPT : GOLF DE DIJON-NORGES |
| <input type="checkbox"/> 08 JUILLET : GOLF DE PALMOLA | <input type="checkbox"/> 30 SEPT : GOLF DE LILLE-BONDUES |
| <input type="checkbox"/> 09 JUILLET : GOLF D'ARCANGUES | <input type="checkbox"/> 7 OCT : GOLF DE COURSON |

Je souhaite inscrire un ami dentiste, pharmacien, médecin
ou autres professions de santé,
et je joins un chèque complémentaire de 70 € si membre du club choisi,
130 € pour les non-membres (voir les conditions générales)

- Nom : _____
- Adresse : _____
- Code postal : _____ ● Ville : _____
- Adresse mail : _____
- Tél mob : _____
- Profession : _____
- N° de licence : _____ ● Index : _____

● Souhaitez-vous qu'une facture soit établie à votre nom ?

Oui Non

Votre n° de TVA : _____

Si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées soient transmises à nos
partenaires, pour toute proposition éventuelle, cochez la case

À REMPLIR ET À RETOURNER À :

LE BUREAU DU GOLF

39 SENTE DE LA PYRAMIDE - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

ACCOMPAGNÉ D'UN CHÈQUE DE

70 € si membre du club choisi, 130 € pour les non-membres

À L'ORDRE DE : LE BUREAU DU GOLF



un événement LE BUREAU DU GOLF



* toute inscription entraîne
l'acceptation automatique
des conditions générales