



## **Revue d'études et de recherches sur la santé des migrants**

### **Bulletin d'abonnement ou de réabonnement**

Nom .....

Prénom.....

Entreprise/institution .....

Adresse .....

.....

Code postal/ville/pays .....

Tél. : .....

Fax : .....

Email : .....

Je soussigné(e) souscrire un abonnement d'un an à la revue  
Migrations Santé

2 numéros ou un numéro double au tarif de :  
France métropolitaine : 23 euros  
Outre Mer et étranger : 31 euros

Ci joint mon règlement à l'ordre de Migrations Santé.

Facture à établir à l'ordre de : .....

.....

Date / signature

Pôle Formation /centre ressources – [documentation@migrationsante.org](mailto:documentation@migrationsante.org)  
tél. : 01 42 33 24 74 - fax : 01 42 33 29 73 - [www.migrationsante.org](http://www.migrationsante.org)  
Migrations Santé - 11 rue Sarrette - 75014 Paris