

 BULLETIN D’ADHÉSION

 Déclarée sous le numéro 1862, 23 rue Gabriel Biron 84000 AVIGNON

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de l’adhérent : …………………………………………..

Prénom : ………………………… Date de naissance : ……/……/………

Adresse postale : ……………………………………………………………………………………

Code Postal : ……………… Commune : ………………………………………………

Téléphone : ………………………………………….

E-mail : …………………………………………………………@…………………………

*En vertu de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, l’association « Un Nouveau Souffle pma » s’engage à ne pas utiliser les informations de l’adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose d’un droit de regard et de rectification des informations le concernant*.

PARTIE À REMPLIR PAR L’ADHERENT (à remettre à l’association)

Je, soussigné(e), ………………………………………………………………………. (nom et prénom) déclare par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l’association  « Un Nouveau Souffle .Pma »

Je suis informé(e) de mes droits et devoirs en tant que membre et accepte de verser la cotisation d’un montant de 20 (vingt) euros demandée pour l’année en cours.

Le montant de la cotisation est de 20 (vingt) euros, payable en chèque, espèces, ou virement (entourer le mode de paiement choisi).

FAIT A ……………………………………………………………………………….

LE ……………………………………………………………………………………

Signature de l’adhérent

Signature du président de l’association ou de son représentant

Coralie FERRIERES