

BULLETIN D'ADHESION (ADFAS)

PREMIERE ADHESION RENOUELEMENT

NOM : _____

PRENOM : _____

Adresse, rue et n° : _____



Code Postale et ville : _____

N° de Téléphone : _____

Email : _____

QUALITE : MEMBRES ADHERENTS

MEMBRES D'HONNEURS ou MEMBRES BIENFAITEURS

-
-  Je déclare souhaiter devenir membre de l'association ADFAS pour une durée d'un an.
 A ce titre, je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur et verse une cotisation de 5€ /mensuel. Je règle par :

Prélèvement automatique (A remplir la fiche ci-jointe).

Paiement par chèque.

Fait à, le __/__/__

Signature :

Remettre ce formulaire dûment rempli aux membres du comité exécutif :

Conformément à la loi « information et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, Contactez l'association à l'adresse contact@adfas.fr.

Association à but non lucratif régie par la loi 1901

Déclaration à la Préfecture de Paris sous le n° W751212652

Association ADFAS, 1, rue Frederick Lemaitre 75020 Paris 20.

<http://www.adfas.fr>

contact@adfas.fr