

BULLETIN D'ADHÉSION ANNEE 20 ..

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Commune : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :@.....

Montant de la cotisation individuelle : 22.50 €

Montant de la cotisation personne morale (association, établissement ...) : 80 €

Montant de la cotisation membre d'honneur : offert

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : 31/12/20..

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association **CFQIPS**.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de **22.50** euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédé de la mention "Lu et approuvé")