

BULLETIN D'ADHESION

*Attention l'adhésion est nominative (merci de remplir un formulaire par personne)
Bulletin à compléter même dans le cadre d'un renouvellement*

M.

Mme

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél :

Portable :

Mail :

Adhésion :

Adhérent **10 €**

Adhérent bienfaiteur 15 € ou plus.

Merci de préciser le montant :

Règlement :

En espèces

Par chèque à l'ordre du Centre de Santé

Par virement

IBAN : FR76 1470 6001 4327 1328 0300 105

BIC : AGRIFRPP847

Fait à :

Le :

Signature :

Lors de la signature de ce formulaire, nous collectons le nom, le prénom, l'adresse d'habitation, l'adresse de messagerie et le numéro de téléphone. Ces renseignements sont utilisés pour la gestion interne de l'association. Elles ne font l'objet d'aucune communication vers l'extérieur de l'association. Conformément au RGPD, vous pouvez vous opposer au traitement des informations vous concernant, y accéder, les faire modifier ou rectifier, en adressant un mail à l'association : secretariat@cds85.com