

Bulletin d'adhésion PATIENT 2021

Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Sexe (M ou F) :

Tél :

Adresse :

Portable :

Code postal :

Ville :

Email :

Je certifie vouloir adhérer à l'association PEPS. Je reconnais les statuts de l'association, je suis pleinement informé des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation est de 5 €, payable par chèque espèces virement

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent

Je soussigné, Stéphane LANTZ, président de l'association PEPS, déclare avoir enregistré le bulletin d'adhésion de :

NOM :

PRENOM :

Et avoir reçu sa cotisation de même que l'ensemble des informations demandées à l'adhérent. L'adhésion est validée. Ce reçu lui permet de participer de plein droit à l'assemblée générale de l'association.

