

Bulletin d'adhésion

ASSOCIATION CDT PHILIPPE KIEFFER

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

DATE DE NAISSANCE :

Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION CDT PHILIPPE KIEFFER en tant que :

Membre adhérent : 20€

Membre bienfaiteur : 50€ ou plus

Selon la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant et d'un droit de rectification en vous adressant à l'ASSOCIATION CDT KIEFFER.

Je déclare avoir réglé la somme de € au titre de la cotisation annuelle, en espèce ou par chèque à l'ordre de l'ASSOCIATION CDT PHILIPPE KIEFFER. (entourer votre mode de paiement)

FAIT LE :

À :

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT :

ASSOCIATION A BUT NON LUCRATIF LOI 1901 N°W951005894

SIEGE SOCIALE : 28 rue Gabriel Péri – 95240 CORMEILLES-EN-PARISIS