



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 ⁽¹⁾:

- Membre adhérent : 20€
- Membre bienfaiteur : 50€ ou plus

En regard de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant et d'un droit de rectification ou rétractation 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 » ⁽²⁾. Le bulletin d'adhésion est à retourner au trésorier de l'association, M. Tom Dauphin.

FAIT LE : _____ À : _____

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

ASSOCIATION A BUT NON LUCRATIF LOI 1901 N°W951005894

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

(1) Cocher la case correspondante

(2) Entourer votre mode de règlement