

BULLETIN D'ADHÉSION
Malakoff Plurielle 2017

Prénom :

Nom :

Date de Naissance (*facultatif*) :

Adresse :

N° tél. :

Courriel :

Date d'adhésion :

Profession (*facultatif*) :

Montant de l'adhésion :

- 10 € pour les étudiants, les chômeurs ou bénéficiaires des minima sociaux,
- 30 € ,
- 50 € et plus pour les bienfaiteurs.

Règlement effectué par :

- espèces
- chèque postal ou bancaire à l'ordre de l'Association Malakoff Plurielle

En adhérant à l'association Malakoff Plurielle, je m'engage à respecter ses statuts, mis à ma disposition au siège de l'association ainsi que sur le site internet de l'association.

Fait le....., à

Signature :

Bulletin à renvoyer sous enveloppe, accompagné du règlement de la cotisation à :

Malakoff Plurielle,

19 rue Jules Dalou

92240 Malakoff