



MISSION ANTI POUX VENDÉE

11 rue Anatole France

Les Essarts

85140 Essarts en Bocage

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL :@.....

En vertu de la loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, Mission Anti Poux Vendée s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose également d'un droit de regard et de rectification sur les informations le concernant

Je certifie vouloir adhérer à l'association Mission Anti Poux Vendée

De ce fait, je reconnais l'objet de l'association. Je suis pleinement informé des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser la cotisation pour une durée de 1 an

Le montant de cette cotisation est de 30,00 € (trente euros) par :

(Entourer la mention utile)

- Chèque,
- Espèce
- Virement bancaire

Coordonnées bancaires :

IBAN : FR76 1470 6001 4073 9893 0550 304 BIC/SWIFT : AGRIFRPP847

Fait à, le/...../.....

Signature de l'adhérent