



COTISATION 2019

Adhésion

Renouvellement

Nom * : _____ / _____

Prénom * : _____ / _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

Adresse email *** : _____

- Cotisation simple **37 € (France) - 42 € (Etranger)**
- Cotisation couple ** **42 € (France) - 47 € (Etranger)**
- Cotisation Membre Bienfaiteur : minimum **42 € (France) - 47 € (Etranger)**

Présenté par :

- * Indiquer noms (si différents) et prénoms pour une cotisation couple.
- ** La cotisation couple concerne 2 membres/adhérents domiciliés à la même adresse mais ne recevant qu'un seul exemplaire de publications éditées par le C.F.B.A.
- *** Votre adresse Email facilite le contact au sein de l'Association, elle est essentielle.

Règlement par Chèque bancaire (**France**) libellé à l'ordre du **CFBA**

par virement bancaire ou par mandat postal (**Etranger**),

Code Banque: (BIC) AGRIFRPP 835 -- (IBAN) FR76 1350 6100 0020 1766 7800 042

Fait à _____

le _____/_____/_____

SIGNATURE(S) :
Je déclare être majeur.

Par l'apposition de ma signature, je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association. J'autorise le C.F.B.A. à utiliser mes coordonnées pour les besoins de sa mission à l'exclusion de toute exploitation commerciale. Je suis informé que mes données personnelles font l'objet d'un traitement informatique et que je dispose à tout moment d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression en le notifiant au Trésorier Adjoint.
(Loi Informatique et Libertés n°78 -17 du 6 Janvier 1978)

Adresser ce formulaire au Trésorier :

OLIVIER MICHEL 32 rue d'Ecosse 59116 HOUPLINES - Tel : 06 23 49 25 96

Mail : oliviermichel.cfba@gmail.com