

BULLETIN D'ADHESION

VIROFLAT

Nom – prénom* :

Adresse* :

.....

.....

Date de Naissance* :/...../.....

E-Mail* :

Téléphone portable :

Pseudo :

Je déclare souhaiter devenir membre adhérent de l'association VIROFLAT et pouvoir participer aux manifestations proposées.

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'association, avoir pris connaissance des statuts, et accepte de m'acquitter de ma cotisation de 5 euros pour l'année 2019.

A le

Signature

*Renseignements obligatoires

RECU D'ADHESION

VIROFLAT

Reçu de :

la somme de 5 euros au titre de la cotisation 2019, en tant que membre adhérent de l'association.

Le président