



Association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

A remplir par l'adhérent :

Raison sociale :			
Rue (bât. Etage...) :			
Code Postal :		Ville :	
Nom et prénom du dirigeant :			
N° tel fixe :		N° tel mobile :	
Adresse mail :			
Représentants	Nom et prénom :	Adresse mail	
	Fonction :	Tél. mobile : _____	
Représentants	Nom et prénom :	Adresse mail	
	Fonction :	Tél. mobile : _____	

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association AFIDEN

À ce titre, je reconnais avoir pris connaissance des statuts ainsi que du règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association.

J'ai pris note des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation due pour la période du **01/09/2023 au 31/07/24**

Le montant de la cotisation est de **1 500 €**, payable par chèque ou virement bancaire.

Fait à le,.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») et Tampon de l'entreprise