

**BULLETIN D'ADHESION**

Mr, Mme, Melle : NOM : .....Prénom.....

Adresse : .....Pays : .....

Téléphone fixe/portable : ..... e-mail : .....

Date d'adhésion : ..... Durée d'adhésion : .....Cotisation acquittée

*Dans votre intérêt, pour éviter de côtoyer des personnes indésirables ou malfaisantes, nous vous demandons de nous indiquer ci-dessous les coordonnées de votre médecin traitant ou spécialiste. L'AREPAHS assure la totale confidentialité de vos renseignements : .....*

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts et du règlement intérieur, et déclare vouloir adhérer à l'association AREPAHS . Il ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association (et le cas échéant, à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé).

Fait en 2 exemplaires à..... le.....

L'adhérent

Le Président

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent. Le fichier informatisé est autorisé et contrôlé par la CNIL.*

**BULLETIN D'ADHESION**

N° d'ordre :

Association AREPAHS

1, rue de Metz

57320 – ANZELING Tel : 03 87 35 77 29

Déclarée au tribunal d'instance de METZ sous le numéro

**COTISATION D'ADHESION**

Reçu la somme de.....€, au titre de la cotisation de membre de l'AREPAHS en espèces

en chèque

de Mr, Mme, Melle : NOM : .....Prénom.....

Adresse : .....

Ce versement donne à l'adhérent la qualité de membre  actif  bienfaiteur  autre