



Bulletin d'Adhésion

Prénom

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse Mail :

En cas d'adhésion couple – Coordonnées du conjoint :

Nom : Prénom :

Téléphone : Adresse Mail :

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association du MRI – SCHILICK POUR TOUS.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition sur demande auprès du président ou des vice-présidents, du secrétaire ou du trésorier. J'ai pris bonne note des droits et devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation pour l'année civile en cours.

J'adhère à l'association du MRI – SCHILICK POUR TOUS

cotisation simple : 20 €uros

cotisation couple : 25 €uros

cotisation réduite (étudiant – demandeur d'emploi) : 10 €uros

Je soutien l'association MRI – Schilick pour Tous avec un don d'un montant de€uros

Je souhaite que mon adhésion reste discrète.

Je paie par :

Chèque

Virement bancaire

Merci de transmettre votre règlement par chèque à l'ordre de :

MRI - SCHILICK POUR TOUS

Christian BALL – 6, Rue de la Glacière 67300 SCHILTIGHEIM – (Président)

Association inscrite au Tribunal d'Instance de Schiltigheim sous volume 30/Folio 27

Ou par virement sur le compte

IBAN FR76 3000 3023 7200 0504 5768 569 BIC SOGEFRPP

Fait à, le

Signature (faire précéder de la mention « *Lu et approuvé* »)