



## 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 Euros

cotisation couple : 30 Euros

cotisation réduite (étudiant – demandeur d'emploi - retraité) : 10 Euros

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

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 1027 8010 1000 0228 1900 118 BIC CMCIFR2A**

Fait à ....., le .....

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