



Bulletin d'adhésion à l'ASMM

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Email : _____

@ _____

Tél : _____

(Vos données personnelles sont protégées et seront utilisées pour les stricts besoins de l'ASMM. Elles ne seront en aucun cas communiquées à des tiers. Vous avez à tout moment un droit d'accès et de rectification concernant vos données).

Souhaite adhérer à l'ASMM pour un an (date à date) et je joins mon règlement de :

- 15 Euros (cotisation individuelle)
- 25 Euros (cotisation pour un couple)
- 200 Euros (membre bienfaiteur)
- Autre _____ €

Je souhaite recevoir un reçu fiscal (entourer la mention souhaitée) oui non

Fait à _____ , le _____