



Formulaire d'adhésion

Vos coordonnées :

Vous êtes infirmier(ière) : Titulaire Remplaçant(e)

Numéro Ordinal :

Civilité : Madame Monsieur

Date de naissance : / /

Nom : **Prénom :**

Adresse professionnelle :

Code postal : **Ville :**

Téléphone : **Portable :**

Email :@.....

Tarif cotisation :



Le montant de la cotisation annuelle s'élève à 20,00 € par adhérent.



Le paiement devra s'effectuer par chèque **uniquement** à l'ordre de l'association.

En cochant cette case, vous déclarez vouloir devenir membre de l'association « AILSA » et avoir pris connaissance du règlement y attaché, ainsi qu'à la composition de ses statuts. En outre, vous vous engagez à vous acquitter des frais de cotisation annuelle.

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à : Le : / /

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données vous concernant. Pour exercer ce droit, veuillez contacter le secrétariat de l'association. Vos données ne seront pas transmises à des tiers et serviront uniquement à votre adhésion.