

Siège Social : 2 rue Camille DESMOULINS – 47000 AGEN

eMail : palliadol47@gmail.com

**BULLETIN D'ADHESION PALLIADOL 47****A remplir par l'adhérent :**

<b>NOM :</b>	
<b>PRENOM :</b>	
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	
<b>ADRESSE :</b>	
<b>CODE POSTAL :</b>	
<b>VILLE :</b>	
<b>TELEPHONE</b>	
<b>E.MAIL :</b>	
<b>PROFESSION :</b>	

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir membre de l'Association PALLIADOL 47.  
A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'Association PALLIADOL et en avoir accepté les statuts qui sont mis à ma disposition.

J'ai pris bonne note des droits et devoirs des membres de l'association.

J'autorise la diffusion de mon mail aux membres du Conseil d'Administration lors des envois par mail d'informations concernant l'Association PALLIADOL.

**Je désire faire un don : .....€**

**Espèce**

**Chèque**

**Virement**

**N°IBAN : FR 76 1780 7008 0151 0190 5395 844**

<b>RECU FISCAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>OUI</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON</b>
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Fait à .....le .....

SIGNATURE :