



Association de Formation pour le Partenariat de Soins

contact@partenariat-afps.fr
www.partenariat-afps.fr
Siret 852 950 336 000 10

1, Allée Mgr J-R Calloc'h
29 000 Quimper
APE 9499Z

DEMANDE D'ADHESION A L'ASSOCIATION AFPS

Association soumise à la loi du 1^{er} juillet 1901 et au décret du 16 juillet 1901

A remplir par le demandeur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Téléphone :

Adresse :

Ville : **Code postal :**

Adresse mail :

A l'attention de Mme La Présidente de l'association AFPS

Madame,

Par la présente, je vous signifie ma volonté d'adhérer à l'association AFPS pour les motifs suivants :

.....

Je déclare reconnaître l'objet de l'association.

Je suis informé du montant annuel de la cotisation de 20 euros.

Ma demande est soumise à l'approbation du Conseil d'Administration.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame La Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

A

Le :

Nom-Prénom (du demandeur)

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi « Informatique et Liberté » du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association.