



BULLETIN D'ADHESION

N° carte :

Je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

ADRESSE (complète) :

Téléphone :

Courriel :

Profession :

Après avoir noté que l'AVIAM est une Association dont les buts sont d'informer, d'aider et d'orienter les victimes, après adhésion, vers des médecins conseils et des recours judiciaires et juridiques, je déclare verser ci-jointe, la somme de 50 Euros.

Chèque N°

Etablissement bancaire :

Espèces

représentant ma première cotisation annuelle à l'AVIAM Rhône-Alpes Auvergne.

Fait à :

le

Signature :

J'accepte que les informations saisies soient utilisées, exploitées et traitées pour permettre de me contacter, dans le cadre de la relation associative qui découle de ma demande de conseil et dans le respect de la confidentialité.

Lu et approuvé, le

Signature :