

## BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e).....

Déclare renouveler ou solliciter *(rayer la mention inutile)* mon adhésion à l'association

dénommée Office Départemental de Prévention du Sida, pour l'année **2010**

*(Cochez la case correspondante)*

A titre personnel

OU  En tant que représentant, dument habilité, de :

*(préciser le nom de l'organisme représenté avec sa dénomination, adresse et objet)*

.....  
.....  
.....

**Coordonnées** *(pour la correspondance avec l'association) :*

Adresse .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Courriel : .....

Profession ou fonction (facultatif) .....

Je m'engage à respecter les règles qui sont définies pour régir l'association (les statuts et autres documents qui régissent le fonctionnement de l'association sont à ma disposition au siège de l'association). Mon adhésion sera soumise à l'agrément de l'Assemblée Générale de l'ODPS, sur proposition de son Conseil d'Administration.

Fait à ....., le / /

*Signature*

*(précédée de la mention "lu et approuvé")*