

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 **2009**

(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")