

BULLETIN Adhésion ASSOCIATION CASSANDRA

o Renouvellement

M. Mme Melle : Nom

Prénom

Adresse :

.....

Le cas échéant : Tél. fixe/port :

Email :

Date d'adhésion :

Reçue la somme de 20 €, au titre de la cotisation annuelle

Espèce

Chèque

Ce versement donne à l'adhérent la qualité de Membre

Il ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association et le cas échéant à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts et du règlement intérieur, et déclare vouloir adhérer à l'association CASSANDRA aide aux enfants avec autisme.

Fait à

le/...../.....

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.

ASSOCIATION CASSANDRA
HORIZON 360 Bât.F
684, Rue des Mouettes 83700 SAINT RAPHAEL

Déclarée à la Sous-Préfecture de DRAGUIGNAN sous le numéro RNA W831005868