

DEMANDE D'ADHÉSION

Par la présente, je fournis mes données personnelles et les autres informations requises et demande à être inscrit en tant que membre de l'association « EPIONI Greek Network of Caregivers ». Je déclare avoir pris connaissance et accepter sans réserve les objectifs et l'ensemble des dispositions des statuts. Parallèlement, je verse la somme de **20 euros** au titre de la cotisation annuelle pour l'année _____.

Mes coordonnées sont les suivantes:

Nom de famille

.....

Nom

.....

.....

Nom du père

.....

Profession

.....

Adresse personnelle: (Ville ou village)

.....

Rue

..... **nombre numéro** **code postal**

.....

Numéros de téléphone: Accueil Emploi

.....

Téléphone portable: **E-mail:**

.....

Comment avez-vous entendu parler d'EPIONI?:

- ☐ Website
- ☐ Réseaux sociaux
- ☐ Un autre membre un autre membre
- ☐ Autre association, groupe, organisme professionnel

(Signature)

(Lieu)

(Date)