



BULLETIN D'ADHÉSION

EOP ALUMNI

6 Allée de la Deuxième Division Blindée 75015 PARIS

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901

A remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse professionnelle :

.....
.....

Code postal :

Ville :

Tél (professionnel) :

.....

Email :@.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association : EOP ALUMNI.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association.

J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation est de 10 €, payable par chèque uniquement à l'ordre de EOP ALUMNI.

J'accepte que mes coordonnées professionnelles soient publiées dans l'annuaire des anciens sur le site de l'association EOP ALUMNI.

Je fournis pour mon inscription les documents demandés suivants :

Photocopie du diplôme d'Ostéopathie

Le chèque de 10 € correspondant au montant de ma cotisation

Fait à....., le.....

Signature (Faire précéder de la mention "Lu et approuvé")



REÇU POUR ADHÉSION

A remplir par l'association (exemplaire à remettre à l'adhérent) :

Je, soussigné, Présidente de l'association EOP ALUMNI, déclare par la présente avoir reçu le bulletin d'adhésion de :

Nom : **Prénom** :

ainsi que sa cotisation et l'ensemble des documents demandés.

L'adhésion du membre susnommé est ainsi validée. Ce reçu confirme la qualité de membre du postulant, et 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 Code général des impôts pour lequel un reçu fiscal sera adressé.

Fait à....., le.....

Le Président (ou son représentant) :