AMIL : ASSOCIATION DU MASTER INFECTIOLOGIE DE LYON

Association loi 1901

BULLETIN D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE BIENFAITEUR

Etat Civil :

Mademoiselle/ Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Adresse.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone :

Courriel :@.....

Né(e) le

Fiche de renseignements

Représentant de

Fonction occupée.....

Souhaite adhérer à l'association AMIL comme représentant deen tant que membre bienfaiteur.

Je soussigné(é)certifie avoir pris connaissance qu'en adhérant à l'association AMIL, mon email et ma fonction au sein de la structure que je représente pourront être diffusées auprès des membres de l'association dans le cadre exclusif de « l'annuaire des anciens et professionnels ». J'ai également connaissance que l'association tient un fichier informatique déclaré à la CNIL contenant mes données personnelles, modifiable sur simple demande et j'autorise son existence.

Fait à, le/...../.....

Signature du membre actif adhérent