

COTISATION

Nom
Prénom
Profession
Adresse
.....e.mail (important).....
Code postal..... Ville.....
Qualité* - Membre adhérent (50 Euros) Tel
- Membre donateur (à partir de 100 Euros, avec reçu fiscal)

Ci-joint un chèque de :(à l'ordre de : Association"AR MADA")

Àle

Visa

**Rayer la mention inutile*

À adresser à : Association "AR MADA" 44, rue de Bertinval – 95270 CHAUMONTEL
ar.mada@wanadoo.fr
