

2024

ASSOCIATION "AR MADA"

COTISATION

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal..... Ville.....

e.mail (important).....

Qualité* - Membre adhérent (50 €uros) Tel

- Membre donateur (à partir de 100 €uros, 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@orange.fr
