

BULLETIN D'ADHÉSION

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Commune : Code Postal :
Téléphone :
E-mail :@.....

Montant de la cotisation : 5 euros

Souhaitez-vous effectuer un don libre ? Si oui, montant du don libre :

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : / /

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association « **Roule pour les Maladies Rares** ».

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de 5 euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédé de la mention "Lu et approuvé")



Site internet : www.roulepourlesmaladiesrares.fr

Contact : roulepourlesmaladiesrares@gmail.com

Roule pour les Maladies Rares
9 rue des champs renards, 25111 MONTGESOYE
Déclarée à la préfecture de PONTARLIER sous le numéro W251010309

ATTESTATION DE COTISATION

Je soussigné, **Aurielle GOMILA**, présidente de l'association **Roule pour les Maladies Rares** dont le siège social est **9 rue des champs renards – 25111 MONTGESOYE**, certifie que :

Mme, M
s'est acquitté(e) de sa cotisation pour l'année pour un montant de **5 euros**.

Cette attestation confirme son statut de membre, ouvrant le droit à la participation aux Assemblées Générales avec droit de vote.

Fait à, le / /

Pour l'association **Roule pour les Maladies Rares**

Signature de la présidente de l'association

GOMILA Aurielle



Site internet : www.roulepourlesmaladiesrares.fr

Contact : roulepourlesmaladiesrares@gmail.com

Roule pour les Maladies Rares
9 rue des champs renards, 25111 MONTGESOYE
Déclarée à la préfecture de PONTARLIER sous le numéro W251010309