



BULLETIN D'ADHESION

2020

Je, soussigné(e),

Mme/Mlle/M. _____ Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

N° tél.(facult.) _____ E.mail _____

souhaite adhérer à l'association **Info Vaccins France** et règle ma cotisation de **20 €** pour l'année 2020

faire un don d'un montant de _____ €

Règlement effectué par : espèces chèque paypal

(Les chèques doivent être fait à l'ordre de Info Vaccins France)

En adhérant à l'association **Info Vaccins France**, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association.

Fait à _____ le _____ ,

Signature de l'adhérent