

FORMULAIRE D'ADHÉSION À UNG

Nom¹ : _____

Prénom(s)¹ : _____

Adresse postale¹ :

Adresse électronique¹ : _____ @ _____

Montant de votre cotisation¹ : _____ €

Date de naissance : ____/____/_____

Formation (ou activité) :

N° tél : _____

Jabber : _____

Commentaires éventuels/motivations :

Après avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur, je souhaite devenir membre de l'association UNG. J'accepte recevoir des informations concernant UNG à l'adresse courriel indiquée ci-dessus.

Fait le : ____/____/_____

/Signature/

à :

Décision du Conseil d'Administration :

Montant reçu au titre de la cotisation :

Mode de paiement :

Validité :

/Signature du trésorier/

1. champs obligatoires