



BULLETIN D'ADHÉSION

Nom :

Prénom :

Personnel académique*

Laboratoire privé*

* : cotisation Personne académique : gratuite

Laboratoire privé : 500€ / année

Adresse Professionnelle :

.....

Ville :

Code Postal :

Téléphone professionnel :

E-mail :

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'**Association Réseau MuFoPAM**. Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif et de ses statuts. Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association.

Fait à, le / /

Signature du membre

(précédée de la mention "Lu et approuvé")

NB : L'adhésion pour les personnes du secteur académique sera reconduite annuellement de façon tacite. Pour quitter l'association il suffit d'en informer la Présidence par courriel à l'adresse reseau.mufopam@gmail.com.

Association Réseau MuFoPAM

Route de Vovray, 74160 Archamps

Déclarée à la Sous-préfecture de Saint Julien en Genevois

sous le numéro RNA W743006833