FICHE D’ADHESION MEMBRE

Je soussigné(e)

Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………….

Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………

N°pièce d’identification :…………………………………………………… Exp :…………………………..

Nature : …………………………………………………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………….

Tel :……………………………………………………………Email :………………………………………………….

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l’association Help Heath ODE International.

A ce titre, je déclare reconnaître l’objet de l’association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l’association. J’ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l’association et accepte de verser ma cotisation due pour l’année en cours.

**INSCRIPTION**

Je, M. /Mme,……………………………………………………………………… certifie vouloir adhérer à l’association HELP HEALTH ODE.

De ce fait, je reconnais l’objet de l’association, et j’accepte de suivre le règlement intérieur. Je suis pleinement informé des droits et des devoirs des membres de l’association et accepte de verser ma cotisation annuelle de montant : (………………………………………………………………………..) pour l’année ………/……………

**NB** : La somme des cotisations annuelles doit être totalement libéré au 31 Décembre de chaque année.

Fait à ....................................Le …………/……../………