

BULLETIN D'ADHESION

Nom :Prénom :

Adresse :

CP :Ville :

Profession :

Téléphone :

E-mail :

Ci-joint paiement de ma cotisation par chèque, soit **40,00 € (au nom de l'ADTFA)**

Paiement de ma cotisation par virement ce jour, soit **40,00 €**

IBAN : FR76 1460 7000 5346 8136 4550 128 - (Banque Populaire Méditerranée)

Reçu demandé : OUI NON

A..... Le

Signature :