



FORMULAIRE D'ADHÉSION À UNG

Nom<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Prénom(s)<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Adresse postale<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse électronique<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Montant de votre cotisation<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ €

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