

BULLETIN D'ADHÉSION

ASSOCIATION DES INTERNES ET DES CHEFS DE CLINIQUE DE L'HOPITAL DE BESANCON

3 BLD FLEMING

25000 BESANCON

Tel : 03.81.66.88.60

Email : contact.aicb@gmail.com

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901

et au décret du 16 août 1901

A remplir par l'adhérent (*exemplaire à conserver par l'association*) :

Spécialité :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

Code postal : **Ville** :

Tél :

Email :@.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association :

ASSOCIATION DES INTERNES ET DES CHEFS DE CLINIQUE DE L'HOPITAL DE BESANCON.

Le montant de la cotisation est de 15 €/mois, payable par virement bancaire uniquement.

Le premier trimestre de cotisation est offert. Mon premier paiement sera donc de 15 euros et s'effectuera en février 2018.

Je m'engage pour 1 an et mon adhésion sera automatiquement reconduite. Je pourrai toutefois y mettre fin par simple mail à l'association.

Fait à....., le.....

Signature

(Faire précéder de la mention "Lu et approuvé")

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat de l'association. Vos cotisations ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66% de leur montant dans la limite de 20% du revenu imposable.

