



## Bulletin d'adhésion 2024 – 2025

Je soussigné(e) *(Ecrire en lettres capitales et lisiblement)*

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

J'adhère à l'AMAP du Colis-Verrons, ce qui me permet notamment d'avoir accès aux différents contrats de l'AMAP (dans la limite des places disponibles)

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur et j'y adhère sans restriction.

J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux membres de l'Association

Montant de la cotisation 2024-2025 : **12 €**

Merci de libeller votre chèque à l'ordre suivant : « **AMAP du Colis-Verrons** » et de nous le retourner, avec ce formulaire dûment rempli

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature