



Bulletin d'adhésion 2019 – 2020

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 2019-2020 : **11 €**

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