



## **Bulletin d'adhésion à l'Association Endométriose Artois**

**Siège ROZA3C**  
**77 rue Jules Verne**  
**62210 HENIN BEAUMONT**

### **Informations personnelles**

**NOM**

**PRENOM**

**Profession**

**Date de naissance**

**Adresse du lieu d'exercice**

**Code postal- Ville**

**Numéro de téléphone**

**Email**

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. L'Association Endométriose Artois s'engage à ne pas les utiliser à des fins commerciales.*

*En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.*

**Je certifie vouloir adhérer à l'Association Endométriose Artois.**

**De ce fait, je reconnais l'objet de l'Association, et j'accepte de suivre le règlement intérieur.**

**Je suis pleinement informé(e) des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation pour l'année civile en cours.**

Le montant de la cotisation est de 20 euros, payable par virement bancaire sur le compte  
IBAN FR 76 10278026540002099490141

Bulletin d'adhésion à renvoyer par courrier : Association Endométriose Artois, Siège ROZA 3 C, 77 rue Jules Verne, 62210 HENIN BEAUMONT.

**Fait le**

**A**

Signature de l'adhérent