

BULLETIN D'ADHÉSION 2026

NOM _____ Prénom _____

Né(e) le _____

ÉTABLISSEMENT/ORGANISME _____

FONCTION _____

Adresse _____

Téléphone bureau _____ Portable _____

Adresse électronique _____

☐ Accepte de joindre une photo sous format numérique qui pourra être intégrée dans l'annuaire des membres de l'association DircabESR.

COTISATION 2026

☐ 250 € au titre de l'établissement

☐ 50 € à titre personnel

☐ Don de _____ € pour soutenir les actions de l'association

Verse la cotisation

☐ Chèque

☐ Virement

Date

Signature

COORDONNÉES BANCAIRES

BIC SBEXFRP1XXX

IBAN FR76 1767 9004 3200 3450 6164 754

Merci d'indiquer le nom de votre établissement dans le libellé du virement

Conserver une copie de cet appel de cotisation pour votre comptabilité