



Bulletin D'adhésion Pour les Membres Professionnels Alliés

Association soumise à la loi de 1901 - **Email** : atsi.sante74@gmail.com

Maison des Associations
245 avenue du coteau # 4
74130 Bonneville

1ère partie (A conserver par l'association)

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____ Tel : _____

Profession : _____

Adresse professionnelle : _____

Email : _____

Je déclare par la présente souhaiter devenir Membre Professionnel Allié de l'association ATSI

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts, ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition par internet sur ma demande. J'ai pris bonne note des droits et devoirs des Membres Professionnels Alliés de l'association, et accepte de verser ma cotisation, pour l'année en cours.

Je fournis pour mon inscription les documents suivants :

- ❖ Copie(s) de diplôme(s) ou certificat(s) de ma profession et Attestation d'assurance professionnelle.

ATSI confirme avoir reçu du Membre Professionnel Allié les documents nécessaires pour son adhésion.

Diplôme(s) ou certificat(s) professionnels : _____

Attestation d'assurance : _____ Pour l'année : _____ de : _____ à : _____

Le montant de la cotisation est de : _____ Euros (Payable en espèces ou chèque)

ATSI certifie que son règlement a été effectué en date du : _____ En espèces : ____ Par chèque : _____

Pour L'année civile : _____

Fait et signé à _____ Le : _____

Nom du membre de l'association ayant procédé à l'enregistrement : _____

Signature du Membre Professionnel Allié (Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »)



Attestation d'adhésion

Membre Professionnel Allié

Association soumise à la loi de 1901 - Email : atsi.sante74@gmail.com

Maison des Associations
245 avenue du coteau # 4
74130 Bonneville

2ème Partie (Une copie à restituer au Membre Allié a la finalisation du dossier)

Nom et Prénom :

Profession : _____

ATSI certifie avoir reçu le paiement de la cotisation de : _____ Euros, pour l'année en cours : _____

Le paiement a été effectué par _____ (chèque ou espèces), en date du : _____

ATSI certifie avoir reçu du Membre Professionnel Allié les documents nécessaires pour son adhésion.

Diplôme(s) ou certificat(s) professionnels : _____ Attestation d'assurance : _____

Pour l'année : _____ de : _____ à : _____

Fait et signé à : _____ Le : _____

Est Membre Professionnel Allié de l'association ATSI en date du : _____ au : _____

Signature du Membre Professionnel Allié

Signature et nom du représentant de l'Association

Nom : _____ Signature : _____

(Document gardé en copie par l'association)