



## BULLETIN D'ADHESION

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Pseudo Facebook (si vous en avez un) :

Nom du chirurgien - nom et ville de l'établissement de santé :

Opération envisagée et/ou faite :

Date de l'opération :

Qu'est-ce qui vous motive à rejoindre l'association :

Quelles activités vous intéressent le plus de découvrir au sein de l'association :

Quelles sont vos attentes par rapport à l'association :

Je sollicite mon adhésion à l'association Ob'In Tours et demande à en être membre, pour l'année 2020. Le montant de l'adhésion est de **20 euros** pour l'année civile (10 euros à partir du mois de Septembre) et vous permet de bénéficier d'activités à un tarif préférentiel.

Moyen de paiement : Chèque

Espèces

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association, que je m'engage à respecter.

Chèque à l'ordre de « Association Ob'In Tours », à envoyer l'adresse suivante :

**Ob'In Tours – 131 Rue du Pas Notre Dame – 37100 TOURS**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 Janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent.