



BULLETIN D'ADHESION

Nom et Prénom _____

Adresse _____

Téléphone _____ Mail _____

Pseudo Facebook (si vous en avez un) _____

Êtes-vous suivi dans le cadre d'une chirurgie Bariatrique ? OUI - NON

Que souhaiteriez-vous trouver au sein de notre association ? _____

Date de l'adhésion _____

Formule d'adhésion : Totale Ob'in à 20€
 DUO à 30€ (un adhérent et un accompagnateur)
 Co'Ob'in à 16€ la première année. Je suis déjà adhérent à l'association _____
 WebOb'in à 10€ (pour un accès au groupe facebook fermé seulement)

Moyen de paiement : Chèque - Chèque vacances (ANCV) - Espèces
 Virement (préciser l'objet dans le libellé : Formule + Nom)

IBAN : FR76 1940 6370 3967 1833 8629 527

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

J'autorise l'association à prendre des photos de moi ? OUI - NON

J'autorise l'association à les diffuser sur son groupe fermé exclusivement OUI - NON

J'autorise l'association à diffuser les photos sur tous ses supports de communication OUI - NON

La signature de ce bulletin adhésion implique le respect des statuts, des règlements intérieurs de l'association et de son local et de la chartre Facebook pour le groupe fermé (dont j'atteste avoir pris connaissance). Et me permets de certifier avoir souscrits à une assurance responsabilité civile.

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.

Signature électronique

Je déclare sur l'honneur que les informations ci-dessus sont exactes

Signature de l'adhérent