

☐ Nouvelle adhésion

☐ Renouvellement

Adhérent

Type d'adhérent et tarif associé :

Étudiant

☐

10 €

Autre

☐

20 €

Je souhaite adhérer en choisissant un **montant libre** (montant minimum correspondant au tarif associé à votre catégorie) ☐
Montant choisi :€. La différence sera comptabilisée comme un don et un reçu fiscal vous sera adressé.

Adhérent :

Nom de l'adhérent :

Responsable : Mme ☐ M ☐ Prénom : Nom :

Fonction : Téléphone :

Courriel :

Adresse postale pour l'envoi des courriers

Mme ☐ M ☐ Prénom : Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Règlement de la cotisation :

☐ par chèque, libellé à l'ordre de l'ALPARA à envoyer avec le présent bulletin d'adhésion, dûment rempli à :
ALPARA 25 rue Roger Radisson 69005 LYON

Je désire un reçu : oui ☐ non ☐

☐ par carte bancaire, en me rendant sur www.alpara.org/adherer/

☐ par mandat administratif. Une facture vous sera adressée pour le règlement.

Date :/...../.....

Signature :

ALPARA

25 rue Roger Radisson 69005 LYON
alpara.dara@gmail.com / www.alpara.org