

Cocher la case correspondante

MEMBRE INDIVIDUEL

Nom : Prénom :

Profession :

Statut : LIBERAL HOSPITALIER AUTRE Précisez :

Lieu d'exercice :

Adresse de contact :

CP/Ville :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

MEMBRE COLLECTIF

Nom de la structure :

Représenté par :

Nom :

Prénom :

Adresse de la structure :

CP /VILLE :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et font l'objet d'un traitement informatique à destination du secrétariat. Ce statut d'adhérent vous permet d'accéder à un espace personnel sur notre site : www.comet-fc.fr et de bénéficier d'avantages. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant.

Cachet

FAIT LE/...../..... A.....

Montant de la cotisation : **15,00 euros / membre**

Règlement par chèque à l'ordre de l'AFCET et à adresser au : 7 rue Albert Thomas – 25000 BESANCON. Un reçu vous sera adressé par retour.
La cotisation est valable pour l'année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année en cours.