



FORMULAIRE D'ADHÉSION À UNG

Nom¹ : _____

Prénom(s)¹ : _____

Adresse postale¹ :

Adresse de courriel¹ : _____@_____

Montant de votre cotisation^{1 2} : _____ €

Date de naissance : ____/____/_____

Formation (ou activité) :

N° de téléphone : _____

Jabber ID : _____@_____

Commentaires éventuels/motivations :

Après avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur, je souhaite devenir membre de l'association UNG. J'accepte de recevoir des informations concernant UNG à l'adresse de courriel indiquée ci-dessus.

Fait le : ____/____/_____, à : */Signature/*

Décision du Conseil d'Administration :

Montant de la cotisation :

Mode de paiement :

Validité : */Signature du trésorier/*

¹informations obligatoires

²minimum 10 €