



BULLETIN D'ADHÉSION À L'ONG NEW SMILE

À remplir par l'adhérent (exemple à conserver par l'ONG) :

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Ville :** _____

Tél : _____

Email : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Tél : _____

Je déclare par la présente souhaiter devenir un membre de l'ONG NEW SMILE.

À ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'ONG, et avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'ONG. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'ONG, et accepte de verser ma cotisation mensuelle due en tant que membre.

Je fournis pour mon inscription une pièce d'identité en cours de validité.

Le montant des cotisations s'élève à 3500 FCFA et selon ma devise : _____

Payable par les différents moyens de paiements autorisés par l'ONG.

Fait à _____ le _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent

Signature du Secrétaire Général

(Précédé de la mention Lu et approuvé)