

## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom :  Prénom :

Téléphone :  Promotion :

Mail :

Situation professionnelle :

### Choisissez votre formule :

- Standard ..... 50,00 €  
 Soutien ..... 100,00 €  
 Bienfaiteur ..... 250,00 €  
 Autre .....  €

Je reconnais avoir pris connaissance du [Règlement Intérieur de l'association 2ASMED](#) ;

J'autorise l'association 2ASMED à collecter ces informations (celle-ci s'engage à ne pas les commercialiser) et à m'adresser toute communication intéressant son fonctionnement. En application des règles du RGPD, vous disposez d'un droit de rectification, de modification, d'opposition et de suppression des données vous concernant, à tout moment.

A, , le

Signature :

[Accédez au règlement de votre cotisation](#)