

## BULLETIN D'ADHÉSION/ MEMBERSHIP FORM



[contact.med13L@gmail.com](mailto:contact.med13L@gmail.com)

14 rue de la Petite Mitrie 44000 Nantes

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901  
*Non profit association under the French law of July 1st, 1901*

Nom/*last name* :

Prénom/*first name* :

Déclare être majeur(e)/ *I hereby declare that I am of the age of majority of my country*

Adresse/*Address*

Code postal/*Post Code* :

Ville/*City* :

Tel :

Email :

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association/ *I hereby declare that I wish to become a member of the association* : MED13L SYNDROME.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association.  
*As such, I declare that I acknowledge the purpose of the association. I took good note of the rights and duties of the members of the association.*

Le montant de la cotisation est libre (de 0 à 200 €), payable par chèque ou virement bancaire<sup>(1)</sup>/*The amount of the subscription is free (from 0 to 200 €), payable by check or bank transfer<sup>(2)</sup>*

Fait à/*Place* :

le/*date* :

**Signature** avec mention "Lu et approuvé" / *with the mentioning « Read and agreed »*

(1) Banque :10278 Guichet : 36176 N° compte : 00011913001 Clé11 Domiciliation : CCM DOULON

(2) International Bank Account number-IBAN: FR7610278361760001191300111 Bank Identifier Code-BIC : CMCIFR2A