



Bulletin d'adhésion 2018

Je soussigné Monsieur, Madame, Mademoiselle (rayer les mentions inutiles)

Nom :

Prénom :

Délégué(e) pour représenter l'entreprise :

Située à l'adresse :

Code postal :

Ville :

Adresse mail :

Téléphone fixe :

Portable :

Adhère à l'Association CARE.RA pour l'année **2018**.

Montant annuel des cotisations

- Entreprise de moins de 10 salariés : 250,00 euros
- Entreprise de 10 salariés et plus : 500 euros

Fait à

le

Signature