



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession / Activité :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone : Gsm :

Fixe :

Email :

Je soussigné(e),,
déclare souhaiter devenir membre du RAPAD Maroc. A ce titre, je m'engage à
respecter ses statuts, son règlement intérieur, et ses décisions, ainsi qu'à payer
une cotisation annuelle de :

- 300 dirhams (Personnes morales)
- 100 dirhams (Personnes physiques)
- 50 dirhams (Etudiants)
- Gratuit (Refuges)

que je souhaite régler par :

- Virement
- Chèque

Date : **Signature :**

Afin de valider votre adhésion, merci d'envoyer le présent formulaire d'adhésion rempli et signé
par voie électronique, accompagné d'un justificatif du paiement de votre cotisation. Votre
adhésion vous sera confirmée par courrier électronique et sera valable pendant une année civile.