



Bulletin d'adhésion

Civilité ou titre (*Madame, Monsieur, Professeur, Docteur, Maître, Président, etc.*)

Nom (*en capitales*)

Prénom(s) (*souligner le prénom usuel*)

Date de naissance (*facultative*) :
.....

Adresse :
.....

Code postal : **Ville** **Pays**

Téléphone (*facultatif*) : Fixe Portable

Courriel :

Profession :

Coordonnées professionnelles (*facultatives*) :

Cotisation annuelle : CHF 50,00

Cotisation à vie : CHF 800,00

Don (*facultatif*) :

Fait à **le**

Signature

Coordonnées bancaires de l'Association Mémoires

IBAN : CH48 0900 0000 1564 0266 4

Si nécessaire BIC POFICHBEXXX

Désignation du compte : Mémoires

Lieu 1226 Thônex

Formulaire à retourner par courriel : contact@association-memoires.ch
ou par poste : **Mémoires** p/a B. Revol Chemin du Velours 26 1231 Conches

www.association-memoires.ch