



# Bulletin d'adhésion

date : .....

Monsieur le Président,

Je souhaite devenir membre de l'association ANDIVA.

NOM : ..... Prénom : .....

date de naissance : ..... lieu de naissance : .....

n° de sécurité sociale : .....

adresse domicile : .....

profession avant l'événement : .....

activité actuelle : .....

téléphone mobile : ..... autre téléphone .....

e-mail : .....

date de l'événement : .....

type d'événement :  AT  AVP   accident de travail-trajet   maladie

maladie professionnelle   erreur médicale   accident de la vie   agression

autre .....  
.....

Comment avez-vous connu l'ANDIVA : .....

Ci-joint, le règlement de ma cotisation valable 12 mois de date à date :

première adhésion 90€  renouvellement d'adhésion 60€

[dont 30€ de frais d'ouverture de dossier]

par chèque : à l'ordre de l'Andiva 23 rue Jean-Marin - 35700 Rennes

par virement :

Titulaire du compte : ASS ANDIVA 3 RUE ALFRED DE MUSSET - 35300 FOUGERES

RIB

CODE BANQUE	GUICHET	N° DE COMPTE	CLÉ RIB	DOMICILIATION
13807	00585	41121608373	43	BPGO FOUGERES

BIC : CCBPFRPPNAN IBAN : FR76 1380 7005 8541 1216 0837 343

Veuillez bien recevoir, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Signature :