

A
ASSOCIAZIONE PHYLAX
c.att. COMITATO DIRETTIVO
Via al Doyro 6
6815 MELIDE

DEMANDE D'ADHÉSION
(Prière d'écrire en caractères d'imprimerie)

Je, soussigné(e)

Prénom _____ Nom _____

Né(e) le _____

Résident à _____ Code postal _____

Rue _____ nr. _____

Qualification _____ Profession _____

Adresse email _____

N° de téléphone _____

Après avoir pris connaissance des statuts de l'Association "Phylax", et notamment de l'article 9.2 concernant les motifs d'exclusion de l'Association "Phylax", il/elle déclare ;

- a) de ne pas se trouver dans l'un des cas prévus à l'article **9.2** paragraphes **a)** à **d)** du Statut ;
- b) d'être pleinement conscient des conséquences pénales et civiles d'une fausse déclaration ;
- c) être ne pas être disposé à coopérer activement en tant que volontaire/ pour la réalisation des objectifs sociaux

demande donc à adhérer à l'Association Phylax à partir de la date du paiement de la cotisation annuelle librement déterminée, au minimum 40 CHF.

En foi de quoi

Signature _____

Lieu et date _____