



BULLETIN D'ADHESION

Année 2016

Je soussigné(e) :

NOM : Prénom :

Adresse personnelle (où sera envoyé le courrier) :

.....

Adresse email :

Téléphone – Portable : /

Adresse professionnelle :

.....

Téléphone : Fax :

... désire adhérer au C.C.A.P. en qualité de :

- Collaborateur ou collaboratrice à plein temps (cotisation annuelle de 10€)
- Collaborateur ou collaboratrice à mi-temps (cotisation annuelle de 5€)
- Collaborateur bénévole ou chômeur (cotisation gratuite)

de MME ou M : Député(e) de :

Fait à : le :

Signature de l'adhérent