

COTISATION 2019 A L'AFAS

**FORMULAIRE A COMPLETER ET JOINDRE A L'ENVOI DE VOTRE CHEQUE À :
AFAS - 17 RUE DE LA CROIX-NIVERT - 75015 PARIS**

M. Mme

NOM

PRENOM

ADRESSE

.....

.....

E-MAIL

vous adresse ci-joint son règlement par chèque à l'ordre de l'AFAS

CHEQUE N° **DATE**

SUR LA BANQUE

COTISATION AFAS 2019

Tarif normal	<input type="checkbox"/>	50 €
Tarif réduit (<30 ans, étudiant-e-s)	<input type="checkbox"/>	10 €

J'AJOUTE UN DON A L'AFAS	<input type="checkbox"/> €
---------------------------------	--------------------------	---------

TOTAL €