



Inscription

Réinscription

4 rue du Général Leclerc - 94520 Mandres les roses - 06 44 23 32 32
contact@amapdesroses.fr - amapdesroses.fr

Si vous complétez ce bulletin à la main sur un support papier, **merci d'écrire lisiblement en majuscules** (mail y compris) pour nous faciliter la saisie.

Nom

Prénom

Adresse

Ville Code postal

Courriel

Tél. fixe Portable

J'adhère à l'AMAP des Roses pour la nouvelle saison, d'octobre de cette année à septembre de l'année prochaine, et règle la cotisation annuelle de 12 euros.

J'adhère à l'AMAP des Roses pour la période allant du mois de à octobre de l'année prochaine, et règle la cotisation de (mois) x 1 euros = euros.

Je règle par : espèces chèque

Pour un chèque :

Banque : N° du chèque :

Je souhaite recevoir la lettre hebdomadaire d'information de l'AMAP des Roses à l'adresse électronique (courriel) que j'ai indiquée ci-dessus.

Signature du trésorier

Fait le à

Signature de l'adhérent