# BULLETIN DE RE-ADHESION 2018 | INNOV’ACTEURS

**FORMULE « MEMBRE ACTIF »**

|  |
| --- |
| **Formule pour une personne réservée de l’organisation****LE COLLABORATEUR NOMME CI-APRES EST LE BENEFICIAIRE DES AVANTAGES ET SERVICES DE L’ASSOCIATION**  |
| **Tarif : 500 € HT/ an soit 600€ TTC/ an** |

|  |
| --- |
| **Informations sur l’organisation adhérente et le collaborateur bénéficiaire des avantages de l’association :** |
| Raison sociale de l’organisation : |  |
| Rappel du nom du bénéficiaire : |  |
| **N’hésitez pas à nous préciser un changement de fonction, de coordonnées du bénéficiaire, à l’aide des champs ci-dessous :** |
| Fonction :  |
| Direction de rattachement : |
| Adresse complète :  |
| Direction de rattachement : |
| Email :  |
| Tél. :  |
|  |

**Conditions de règlement et facturation :**

|  |
| --- |
| La cotisation couvre l’exercice allant du 1er janvier au 31 décembre 2018. Les membres s’engagent à verser le montant de leur cotisation au plus tard à 60 jours après réception de facture. |
| 🞏 Un bon de commande officiel sera envoyé à Innov’Acteurs, je n’ai pas le n° de commande pour le moment |
| 🞏 La référence ou le n° de commande à mentionner sur la facture est déjà connue : …………………………………………………….. |
| 🞏 Il n’y aura pas d’envoi de bon de commande, je souhaite payer à réception de facture |

|  |
| --- |
| **Dans le cas où aucun bon de commande ne sera envoyé à Innov’Acteurs, merci de confirmer l’adresse de facturation qui devra apparaître sur votre facture :** |
| Raison sociale : |
| Adresse : |
| CP : | Ville :  | Pays : |
| Contact : | Email : | Tél : |

Je confirme la ré-adhésion à Innov’Acteurs au nom de mon organisation pour 2018 et m’engage à en respecter les statuts. Je m’engage à respecter la confidentialité des informations échangées dans le cadre de l’association et je certifie que toutes les informations indiquées dans le présent bulletin sont correctes.

**Signature et cachet de la société :** Fait le : ……………………….……. à ………………………..…………….