# BULLETIN DE RE-ADHESION 2018 | INNOV’ACTEURS

**FORMULE « MEMBRE PARTENAIRE »**

|  |
| --- |
| **Formule collective réservée aux organisations et structures > à 250 salariés****L’ENSEMBLE DES COLLABORATEURS BENEFICIENT DES AVANTAGES ET SERVICES DE L’ASSOCIATION**  |
| **Tarif : 3 000 € HT/ an soit 3600€ TTC/ an** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale de l’organisation :**  |  |

**Je confirme la ré-adhésion de mon organisation sous la formule Membre partenaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 oui |  |
| 🞏 je souhaite changer de formule d’adhésion (merci de contacter directement le secrétariat général) |

**Le référent de l’organisation auprès de l’association est-il le même qu’en 2017 ?**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 oui, il s’agit toujours de :  |  |
| 🞏 non il a changé, il s’agit de :  |  |
| **Pour tout nouveau référent, merci de nous préciser :** |
| 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 ………………………..…………….