

Date de réception :

N° de dossier :

## BON DE COMMANDE ABONNEMENT F.C.R



**OFFRE VALABLE JUSQU'AU 31/10/2023**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

n° adhérent A-D-A-S :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Collectivité employeur :

J'autorise l'utilisation des données de ce formulaire dans le cadre du traitement de ma demande

Abonnement Annuel	Prix CE*	Nombre	Montant
	55€		
Total			

\* Le prix public est de 85€.

Signature de l'adhérent :

**Bon à retourner accompagné d'un RIB si non transmis**

**(Pour un prélèvement du montant de votre commande sur votre compte par l'A-D-A-S)**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique dans le but de faciliter la gestion interne de l'A-D-A-S et les déclarations légales et réglementaires obligatoires (Fisc, URSSAF, ...).

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des informations vous concernant en écrivant au Président de l'A-D-A-S.