



BULLETIN D'ADHESION

Mr-Mme:

Prénom:

Demeurant:

Code Postal:Ville:

Tel:E.mail.....

adhère(nt) à l' **U.P.A.M.I.** et règle(nt) la cotisation d'un montant de **100,00 €uros**
pour une durée de **dix ans** à compter de ce jour.

Fait à

le

Signature de l'Adhérent,