

Bulletin d'adhésion

Fesiif

Nom		Prénom	
Date de naissance			
IFSI			
Adresse			
Promo		Années	
Statut de la personne		Asso dans l'IFSI	
Adresse			
Code postal		Ville	
e-mail			
Portable		Fixe	

J'adhère à la Fédération des Etudiants en Soins Infirmiers d'Ile de France, en accepte le règlement et cela pour la durée d'un an reconductible par tacite reconduction et après le règlement de ma cotisation.

Je confirme que mes coordonnées pourront / ne pourront être cédés auprès de partenaires, ou autre association.

En autorisant la Fesiif à m'inscrire à la newsletter des adhérents, je pourrai ainsi être informé des avantages qui pourront être négociés au cours de mon adhésion.

Afin d'être certain d'être correctement inscrit sur cette newsletter, j'en ferai la demande notamment la demande auprès de cette adresse; adhesion@fesiif.org

Fait pour valoir ce que de droit

A

Le