



## BULLETIN D'ADHESION

Madame  Monsieur

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Nom de jeune fille : .....

Spécialité : .....

Adresse (N° et rue) : .....

Code Postal - Ville : .....

Téléphone Portable : ..... Email : .....

***Je suis médecin togolais et souhaite adhérer à l'Association des Médecins Togolais de la Diaspora (AMTD) et à ce titre je déclare avoir pris connaissance des statuts. Le droit d'adhésion est de 100€ et la cotisation annuelle est de 150€ par personne.***

Je règle par (cocher la mention utile) :

Carte bancaire (sur [www.amtdiaspora.com](http://www.amtdiaspora.com) avec  helloasso )

Virement bancaire (RIB : FR76 1010 7006 2500 5310 6832 341 - BIC : BREDFRPPXXX)

Chèque (à l'ordre de « Association des Médecins Togolais de la Diaspora »)

Fait à ..... le ...../...../20.....

Signature :

Formulaire à renvoyer dûment rempli ainsi que le règlement à :

Par mail : [contact@amtdiaspora.com](mailto:contact@amtdiaspora.com)

Par la poste : **AMTD : Association des Médecins Togolais de la Diaspora  
5 Impasse Penfeld Creis, 29820 Bohars, France**

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.*