

FORMULAIRE DEMANDE MEMBRE DE SOUTIEN A L'ARCV-GENEVE

Mme/Mlle/M. _____

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

N° tél. _____

N° portable _____

E-mail _____

Date début du soutien financier et / ou / logistique _____

Type d'activité _____

Montant du soutien _____ CHF

Durée du soutien _____ (annuelle)

Don effectué _____

[Précisez : en espèces, par bvr ou virement bancaire].

En soutenant l'association ARCV-GE, je m'engage à respecter ses statuts , mis à disposition au Secrétariat de l'Association.

Fait le _____

A _____

Signature de la Présidente

Signature du membre de soutien