



## Association Amitié Populaire Franco-Algérienne Bulletin d'adhésion

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Adresse .....

.....

.....

Profession ..... Email .....

Tél fixe ..... Tél mobile .....

Je souhaite devenir membre de l'AAPFA et joint mon adhésion (1)

Je souhaite participer aux missions de l'AAPFA

100 euros (Médecin, Cadre)

25 euros

Par Espèces à l'APFA.

Par chèque à l'ordre de l'APFA au :

**127, Avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon.**

Par virement aux coordonnées bancaires :

**Association Amitié Populaire Franco-Algérienne**

**IBAN FR76 1027 8073 4600 0205 8390 119**

**BIC CMCIFR2A**

**(1) Déductible à hauteur de 66%, dans la limite de 20% du revenu net imposable)**

Fait à ..... Le ...../...../.....

Signature