



Association de Médecines Complémentaires Vétérinaires
A.M.C.V.

Formulaire membre bienfaiteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tel :

Mail :

Par la présente je soumets mon adhésion à l'AMCV® afin de devenir Membre Bienfaiteur.

J'ai pris connaissance et accepte les statuts de l'AMCV®.

Je m'engage à régler les cotisations annuelles de 20 €.

- Par virement bancaire
 - IBAN : FR76 3008 7336 0700 0204 8140 105
 - BIC : CMCIFRPP
- Par chèque à l'ordre de l'AMCV

Date et signature :