

BULLETIN D'ADHESION

ANNEE 2024

Nom, prénom :

Fonction :

Raison sociale :

Enseigne ou Groupement :

Adresse :

.....

..... Téléphone :

E-mail : _____ @ _____

Déclare adhérer à l'Association Nationale pour l'Amélioration de la Vue

et règle le montant de :

66 € – membre cotisant *

..... € – membre bienfaiteur *
montant supérieur à 66 €

Par chèque bancaire libellé à l'ordre de l'AsnaV, par virement ou carte bancaire *****

**Si vous êtes membre du Groupe ALL, de la CDO (Centrale des Opticiens) ou du Groupe LUZ,
vous bénéficiez de conditions particulières.
informations par mail : communication@asnav.org**

CACHET

DATE ET SIGNATURE

(faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé")