

NOM, Prénom : _____ ou ORGANISME : _____

Dans le cadre d'une adhésion «famille» n'oubliez pas d'indiquer le(s) prénom(s) de votre conjoint et/ou enfant(s)

Adresse : _____

Code postal : _____ VILLE : _____ N° Tel : _____

Email: _____ @ _____

Adhésion individuelle (10€) Adhésion famille (15€) Adhésion étudiants, chômeurs (5€)

Je souhaite faire don de _____ Soit un total de : _____ euros.

Règlement par espèces Règlement par **chèque** bancaire à l'ordre de Noix Nature Santé

à retourner avec ce bulletin à l'adresse suivante : Maison des Associations, Noix Nature Santé,
Boite n° 9, 9 rue du colombier, 38160 SAINT MARCELLIN

Je souhaite recevoir par e-mail des informations relatives aux actions de l'association : **oui** ou **non**

J'accepte que les informations saisies soient enregistrées et traitées par Noix Nature Santé dans le
cadre de la communication et l'échange d'informations au sein de l'association: **oui** ou **non**

Pour connaître et exercer vos droits, notamment de retrait de consentement à l'utilisation de vos
données collectées par ce formulaire, veuillez consulter notre Politique de Protection des Données
Personnelles sur **notre site** : <http://www.noix-nature-sante.fr>

Fait à _____ le _____ Signature