|  |
| --- |
| **FORMULAIRE D’INSCRIPTION** |

**COTISATION ANNUELLE 2018-2019 → PAR PERSONNE: €10,00**

NOM: ………………………………………………………………… PRÉNOM: …………………………………………………………

PÉRIODE D’ETUDES: de…………………………………………………**à**……………………………………………………………

UNIVERSITÉ:...................................................................................................................................................................................

PAYS:................................................VILLE:…................................................................................................................................

DIPLÔME OBTENU (le plus élevé): .........................................................................................................................................

PROFESSION:………………………………………………………………………………………………………………………………….

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE: .....................................…………………FIXE:.......................................................

ADRESSE ELECTRONIQUE:………………………………………………………………………………………………………………

ADRESSE POSTALE: …………………………………………..….…………………………………………………………………………

Le paiement de la cotisation peut se faire par chèque au nom de l’Association (Σύνδεσμος Αποφοίτων Γαλλικών και Γαλλόφωνων Πανεπιστημίων) ou par dépôt / virement bancaire sur le compte bancaire de l’Association **301-01-221710-01 (HELLENIC Bank)** en prenant bien soin lors du paiement de mentionner votre nom.

"Par ma signature, je m'engage à respecter les statuts de l'Association, dont j'ai dûment pris connaissance. En outre, je donne mon consentement, pour que mes données personnelles, telles que je les communique ci-dessus, soient traitées par l'Association conformément à la loi no. 138(I)/2001 relative au traitement de données à caractère personnel, ainsi qu'à la loi no. 57/1972 relative aux associations et fondations".

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………… | ………………………………… |
| DATE | SIGNATURE |