

FORMULAIRE D'ADHESION

Je, soussigné(e)

Responsable (nom et prénom) :

Fonction : _____

Entreprise | Institution :

Adresse : _____

e-mail : _____

Tel: ____ / _____

Fax: ____ / _____

Site web : _____

déclare par la présente vouloir adhérer à la A.S.B.L. CLUSIB et être affilié comme membre.

Fait à _____, date : _____

Signature :

Formulaire à renvoyer à Clusib :

Par mail : clusib@fednot.be

Par fax : 02/505.08.55

Par courrier : Rue de la Montagne, 30-34 à 1000 Bruxelles