

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 au Clusib :

Par mail : luc.golvers@skynet.be

Par fax : 02/569.28.28

Par courrier :

Ir. Luc GOLVERS
Président du CLUSIB
Baron de Vironlaan ,29

1700 DILBEEK