

BORDEREAU DE COTISATION

Membres Outre-Mer



PROSANE



2025

● SOCIÉTÉ

Nom : _____
Adresse du siège : _____
Code Postal : Ville : _____
Téléphone : _____
Site web : _____
E-Mail : _____

● REPRÉSENTANT

Nom : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____
E-Mail : _____
Fonction : _____

NOMBRE DE CERTIBIOCIDE : ____ EFFECTIF TOTAL DE L'ENTREPRISE : ____

FORFAIT

« Membres Outre-Mer » : **750 €**

- Prestataires de services
- Fabricants
- Formulateurs/Distributeurs
- Formateurs

Nom du signataire : _____ Date : _____

Signature :

Que vous réglez par :

- Chèque joint (ordre : PROSANE)
- Virement bancaire (Merci de préciser le motif de votre virement et le nom de votre société, sur le libellé du virement)