

BORDEREAU DE COTISATION

Membres Partenaires



PROSANE



2025

● SOCIÉTÉ

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

● REPRÉSENTANT

Nom : _____
Prénom : _____
Téléphone : _____
E-Mail : _____
Fonction : _____
Code APE : _____
N° SIRET / RCS : _____

FORFAIT

« Membres Partenaires » : **1 700 €**

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)