

Bulletin de demande d'adhésion* **ACL** Membre ASSOCIÉ

A retourner à ACL Email : codif@aclclub.org
86 rue du Dôme - 92100 BOULOGNE BILLAN COURT
Tél. : 01 49 09 62 80 - Fax : 01 49 09 62 63

Afin que ce dossier soit examiné par le Conseil d'Administration d'ACL, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner l'**attestation** ci-jointe complétée, accompagnée d'un **extrait KBIS** datant de moins de 3 mois.

Raison Sociale :

N° de Siret ou TVA intracommunautaire (si étranger) :

<input type="checkbox"/> Dispositifs médicaux	<input type="checkbox"/> Diététique spécialisée	<input type="checkbox"/> Cosmétique	<input type="checkbox"/> Vétérinaire	<input type="checkbox"/> Autre
---	---	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

Adresse :

Code postal – Ville :

Téléphone :

Adhère à ACL en qualité de **membre associé** et désigne comme **Correspondant & Représentant**

Nom : Prénom :

Qualité :

Téléphone :

Email : @

Signature du Représentant légal de la société

Nom : Prénom :

Qualité :

Le à

Cachet de l'entreprise				
------------------------	--	--	--	--

Règlement de la cotisation 2018*

Par chèque ci-joint *ou* Par virement

Domiciliation	Banque	Agence	Numéro de Compte	Clé
Société Générale Neuilly sur Seine	30003	03900	00037263635	80

De 480, € TTC (400,00 € HT + 80,00 € TVA)

* L'entreprise qui adhère en tant que membre associé bénéficie d'une réduction de 25 % sur les coûts des prestations (vente de codes, accès base produits...).