

FORMULAIRE D'ADHESION

Merci de nous retourner le formulaire, dûment rempli et signé avec le règlement à :

IFGP - service des adhésions
115 rue Saint-Dominique
75007 Paris

Je, soussigné(e)
Nom :
Prénom :
Date de naissance : Nationalité :
adresse 1 n° : voie :
adresse 2 :
code postal : ville :
e-mail :
téléphone : portable :

déclare souhaiter adhérer à l'association IFGP.

Cotisation adhérent : 45 €

Je règle ma cotisation annuelle d'adhésion :

- soit directement en ligne [cliquez ici](#)
- soit par chèque établi à l'ordre de l'IFGP

Informations complémentaires facultatives

Êtes-vous titulaire d'un mandat ? : *Si oui, merci de renseigner les champs ci-après*
Le mandat assumé secteur de délégation
 Dans quel type de collectivité territoriale ?
nom :
adresse :
 Dans quel organisme public ou parapublic ?
nom :
adresse :
 Votre collectivité ou votre organisme est-il déjà adhérent de l'IFGP ?
son code SIREN :

Fait à le,

SIGNATURE