



## APPEL A COTISATION 2023



Nom: ..... Prénoms: .....

Date et lieu de naissance: .....

Structure: .....

Tél: .....

Email: .....

Je déclare par la présente réaffirmer mon appartenance à la Société Ivoirienne de Pharmacie oncologique (SIPO). A ce titre, Je déclare connaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts et règlement intérieur.

J'ai pris bonne note des droits et devoir des membres de l'association et accepte de verser mes cotisations:

1 000 F CFA / mois

Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc

10 000 F CFA / an

Fait à ....., le .....

Signature (Précéder de la mention « Lu et approuvé ») :



## REÇU POUR DROITS DE COTISATION 2023



A remplir par l'association (exemplaire à remettre à l'Adhérent)

Je soussigné ..... déclare par la présente avoir reçu l'appel à cotisation de :

Nom: ..... Prénoms: .....

ainsi que ses droits de cotisation:

1 000 F CFA / mois

Jan	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc

10 000 F CFA / an

Ce reçu confirme la qualité de membre du postulant et ouvre droit à la participation aux activités de la SIPO conformément aux dispositions prescrites par les statuts et règlement intérieur de l'association.

Fait à ....., le .....

Le Président (ou son représentant) :