



Formulaire d'adhésion

Je soussigné(e), souhaite adhérer au ASBL SNPS.
Je prends connaissance que je peux bénéficier de tous les avantages liés à la qualité de membre à partir de mon affiliation.

Date souhaitée d'inscription : - - 2 0 Langue : F R

Nom:

Prénom:

Date de naissance : - -

Adresse :

Code postal : Lieu:

Mobile : + 3 2

Adresse E-mail :

N° matricule : si connu Grade: le cas échéant

Zone/Service : si connu N°:

Section: si connu

Actif
Pensionnés
Veuve / Veuf

Opérationnel
CaLog

Annuelle
Mensuelle
(domiciliation obligatoire)

Cadeau reçu ? :

Numéro de compte : B E

Je marque mon accord pour que ces données soient reprises dans le fichier automatique du SNPS Conformément aux dispositions de la loi du 08 décembre 1992 sur le respect de la vie privée. Il vous es loisible d'exercer vos droits d'accès et de rectification éventuelle de ces données. Nous vous recommandons de vous adresser à cet effet au maître du fichier, SNPS, Romboutsstraat 1/011 - 1932 Zaventem.

Signature

