

Formulaire d'inscription

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

Résidence administrative :
.....
.....

N° de téléphone professionnel :

E-Mail professionnel :

- J'opte pour la formule simple sans assurance juridique : 25 €/an OUI/NON
- J'opte pour la formule complète avec assurance juridique : 50 €/an OUI/NON

Date et Signature :

Je paie le montant de la cotisation et de l'assurance juridique (optionnelle) sur le compte financier unique du CDPF :

**BE12 7350 3619 1492
CDPF
Rue de la Presse, 20
1000 Bruxelles**

A remettre à un de nos délégués ou à envoyer à l'adresse suivante :

**CDPF/Affiliation
Rue de la Presse, 20
1000 Bruxelles**

**Vous pouvez aussi nous faire parvenir ce document par E-Mail en fichier joint à l'adresse suivante :
cdpf.cvpf@gmail.com**