

# BULLETIN D'ADHESION

## Membre partenaire

JE SOUSSIGNE .....

STRUCTURE .....

FONCTION .....

ADRESSE .....

TELEPHONE ..... E-MAIL .....

SIRET .....

Description de la Structure :

.....

.....

.....

.....

Nombre de cinémas adhérents : .....

Nombre d'écrans adhérents : .....

**Nom du destinataire des courriers du Syndicat :** .....

Fonction ..... Tél .....

Adresse mail .....

Adresse postale.....

**Nom d'un 2<sup>e</sup> destinataire :** ..... **fonction** .....

Tél ..... Adresse mail .....

Adresse postale.....

Fait à..... le.....

Cachet et Signature :

**Cotisation Anuelle** : 150 euros

Paiement par chèque à l'ordre du Scare ou virement bancaire :

IBAN : CREDIT COOPERATIF PARIS ODEON - FR76 4255 9000 0441 0200 3517 568 –

CODE BIC : CCOPFRPPXXX

