

## Demande d'affiliation

.....  
**Nom de famille**

.....  
**Prénom**

.....  
**Fonction**

.....  
**Entreprise**

.....  
**Rue, n°**

.....  
**NPA, lieu**

.....  
**Téléphone**

.....  
**Mobile**

.....  
**E-mail**

.....  
**Date**

.....  
**Timbre de l'entreprise / Signature**

Je souhaite/nous souhaitons devenir membre de l'association AM-Network

J'ai/nous avons pris connaissance des statuts et les accepte/-ons.

Cotisations (dès le 9.3.2021):

- Entreprises, instituts de recherche & associations 300.- CHF
- Personnes privées 100.- CHF

La cotisation est due dans un délai de 30 jours à compter de la date de la facture. La démission pour la fin d'une année doit être notifiée en respectant un préavis de 3 mois.

**Merci de retourner le formulaire dûment rempli et signé à**

contact@amnetwork.ch