



Mouvement pour une France Fédérale

Libérons nos Provinces !

BULLETIN D'ADHESION

ANNEE 2024

NOM : _____

PRENOM : _____

Fonction : _____

Société /
Institution _____

Mandat(s) électif(s)/
Collectivités _____

Coordonnées :

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Courriel : _____

Je souhaite être **membre actif** et verse une cotisation annuelle minimale de **20 euros**.
Montant versé :

Je souhaite être uniquement **membre bienfaiteur** et fais un don **de plus de 20 euros**.
Montant versé :

Chèque à l'ordre de « Mouvement pour une France Fédérale »

Fait à : _____ Le : _____

Signature :