

Demande d'affiliation

Je souhaite devenir membre de l'association
«Communauté d'intérêt pour la qualité de la protection de l'enfant» :

Adresse

Nom _____ Prénom _____

Institution _____

Adresse _____ Code Postal/Localité _____

E-Mail _____ Tél. _____

L'adresse correspond à l'adresse de facturation

Adresse de facturation

Nom _____ Prénom _____

Institution _____

Adresse _____ Code Postal/Localité _____

E-Mail _____ Tél. _____

Cotisation de membre

Personne physique (CHF 100 par an)

Etudiant/bénéficiaire de l'AVS ou de l'AI
(CHF 50 par an)

Organisation (CHF 500 par an)

Bienfaiteur (à partir de CHF 100 par an)

Lieu, Date: _____

Signature: _____

Envoyer à:

Communauté d'intérêt pour la qualité de la
protection de l'enfant
St. Johannis Vorstadt 17
4056 Basel
Contact: Clarissa Schär
+41 61 228 50 23
clarissa.schaer@fhnw.ch