Union des Directeurs de l'Assurance et de la Protection sociale

Bulletin d'Adhésion

M. ☐ Mme ☐

NOM …… Prénom ……

Adresse ……

……

Tél. mobile …… Tél. pro ……

eMail ……

Date de naissance ……

Formation de référence ……

Langue(s) étrangère(s) couramment parlée(s) ……

Situation professionnelle **En activité** ☐ **En recherche** ☐ **Retraité(e)** ☐

Fonction actuelle (ou dernière fonction) ……

Localisation de l'activité professionnelle (ville)……

Nom de l'entreprise ……

Secteur d'activité **Assurance** ☐ **Mutuelle** ☐ **GPS** ☐ **Courtier** ☐ **Autre** ☐

Je soussigné(e) déclare adhérer à l'UDAP

Fait à …… le …… *Signature*

Le présent bulletin est à faire parvenir à l'***UDAP***, accompagné du chèque de règlement de la cotisation (Actif 195 € - Retraité 125 €) à l'ordre de ***UDAP*** en notant que 66% de la somme versée vient en déduction des impôts sur le revenu. L'UDAP s'engage à prendre toutes dispositions pour que les informations fournies sur le présent document demeurent strictement confidentielles.