udap

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*** par mail contact@udap.fr
En parallèle, la cotisation doit être réglée **(Actif 195 € - Retraité 100 €)** en notant que 66% de la somme versée vient en déduction des impôts sur le revenu.

Par virement : **IBAN :** FR76 3006 6102 9000 0211 1800 137 code **BIC** CMCIFRPP

Par carte bancaire : https://my.weezevent.com/appel-de-cotisation-2024

L'UDAP s'engage à prendre toutes dispositions pour que les informations fournies sur le présent document demeurent strictement confidentielles.