

# BULLETIN D'ABONNEMENT



## COORDONNEES DE L'ABONNE :

NOM - PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL - VILLE : .....  
TEL : .....

### ► Je souhaite recevoir Info-Fax :

- Par mail à l'adresse suivante : .....
- Par fax au numéro suivant : .....

## VOTRE ABONNEMENT : *Tarif applicable jusqu' au 31/12/19*

Le montant de l'abonnement d'un an à Info-Fax est de 47 € (voir détails ci-dessous)

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| J'adhère à l'association Lilavie :                  | 5 €<br>(obligatoire <sup>1</sup> ) |
| Abonnement :  | 42 €                               |
| Je soutiens l'association Lilavie. Montant du don : |                                    |
| Total :   |                                    |

(1) Nous sommes une structure associative non commerciale, c'est pourquoi l'adhésion est annuelle et obligatoire.

## PAIEMENT (94 numéros) :

- Par virement  Par chèque à l'ordre de Lilavie

IBAN: FR76 1444 5004 0008 1030 7151 913  
RIB: 14445 00400 08103071519 13  
BIC : CEPAFRPP444  
Domiciliation : Caisse d'Epargne de Laval

Notre association Lilavie vit grâce aux abonnements. Il est interdit de renvoyer les journaux par mail et de les mettre en ligne sur internet.

Fait le : ..... Signature : .....