



A compléter et à retourner à :

AAPOCAD
2, rue André Pascal
75775 Paris Cedex 16

Association des Agents Pensionnés des Organisations Coordonnées et de leurs Ayants Droit (A.A.P.O.C.A.D.)

BULLETIN D'ADHÉSION

Je, soussigné(e),

Prénoms: _____

Nom: _____

Résidant à (adresse complète): _____

E-mail: _____

N° de téléphone: _____ N° de portable: _____

Nationalité: _____

Date de naissance:

Situation de famille :

Organisation:

Dernier grade et échelon:

Type de pension :

Date de départ de votre pension:

Langue de préférence:

Acceptez-vous de voir vos nom et adresse électronique mentionnés dans l'annuaire ?

Déclare adhérer à l'Association des Agents Pensionnés des Organisations Coordonnées et de leurs Ayants Droits (AAPOCAD);

Donne mon accord pour que ma cotisation soit déduite de ma pension.

Fait à :

Le :

Signature :