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 .....

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 règlement de la cotisation (Actif 195 € - Retraité et en Transition : 100 €) à l'ordre de ***UDAP*** (Rappel. 66% de la cotisation 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-udap-2025

L'UDAP s'engage à n'utiliser les informations fournies sur le présent document qu'à des fins strictement internes UDAP et à prendre toutes dispositions pour qu'elles demeurent confidentielles.