



IFE - EFI

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION

INFORMATION CONCERNANT VOTRE ORGANISATION

Nom de l'Organisation:		
Vision et mission:		
Principaux domaines de travail:		
Nombre de membres actifs:	Localement/Nationalement:	Régionalement:
Date de création:	Adresse mail:	Téléphone:
Adresse actuelle:		
Ville:	Etat:	Code ZIP:

INFORMATION SUR LA PERSONNE EN CHARGE

Nom de la personne en charge:		
Ville/Etat:	Téléphone:	Adresse mail:
Position occupée:		

MOTIVATIONS POUR REJOINDRE L'IFE-EFI

--	--

COUTS D'ADHESION

Un montant d'un minimum de 100 Euros	x
Possibilité de payer jusqu'à:	x

ANNEXES

1. Statuts	x
2. Chartes de l'organisation	x

SIGNATURE

Notre organisation partage les valeurs de l'Initiative féministe euromed IFE-EFI et est en accord avec sa plateforme.

Nom et signature de la personne autorisée:	Date:
--	-------