



Nom et Adresse du Comité départemental 2FOPEN/USFEN-FP :

Empty box for name and address of the departmental committee.

DEMANDE D’AFFILIATION SAISON 2024-2025

NOM DU CLUB SANTÉ SENIORS

.....

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE

NOM DU RESPONSABLE DU CLUB SANTÉ SENIORS

Téléphone E-mail.....

Article 1 de la CONVENTION DÉPARTEMENTALE D’AFFILIATION ENTRE LA MGEN ET LA 2FOPEN

MGEN s’affilie pour sa section départementale
auprès du Comité départemental 2FOPEN
.....pour permettre à
ses adhérents, membres du Club Santé Seniors, d’être licenciés individuellement et à tarif
préférentiel. Pour ce faire, elle s’acquitte d’une affiliation annuelle. Le montant de cette
affiliation annuelle est fixé à 1 € par membre du Club. Il est versé directement au Comité
départemental 2FOPEN.....par la section
départementale MGEN.

Nombre d’adhérents au CSS au 1er janvier 2025 = adhérents

Montant de l’affiliation pour la saison 2024-2025 = euros
(nombre d’adhérents x 1 €)

Règlement par [] chèque n° sur la banque.....
[] virement (joindre le RIB du Comité départemental)

En date du.....

Le Responsable du Club Santé Seniors,