



RASNUT

Réseau des Acteurs de la Santé
Numérique au Togo

Un réseau engagé pour une santé numérique responsable

À remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association)

Je certifie vouloir adhérer à l'association : *Réseau des Acteurs de la Santé Numérique au Togo*.

De ce fait, je reconnais l'objet de l'association, et j'accepte de suivre le règlement intérieur. Je suis pleinement informé des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours et mes cotisations mensuelles.

Le montant de la cotisation annuelle est de _____ Francs CFA et la cotisation mensuelle est de _____ Francs CFA, payable par chèque, espèces ou virement bancaire (entourer la mention utile).

Fait à _____, le __ / __ / ____

Signature de l'adhérent