



FICHE APPEL COTISATION

2026

ADHERENT

NOM / PRENOM

Date de naissance

CONJOINT ADHERENT

NOM / PRENOM

Date de naissance

COORDONNEES : ADRESSE – TELEPHONE - MAIL

Rue

Code postal / Ville

Tél fixe / mobile

e-mail

Merci de décomposer le montant de votre cotisation :

ADHERENT	40 €	
CONJOINT ADHERENT	40 €	
OPTION COUPLE	60 €	
ADHERENT NON IMPOSABLE (copie avis non-imposition)	20 €	
DON	.. €	
Abonnement au Courrier des Retraités (UFR)	5 € (au lieu de 25 €)	
TOTAL		€

Merci de régler 1) par virement, **en précisant l'objet**, sur le compte d'ARES :
RIB Crédit Mutuel : IBAN FR76 1027 8060 2100 0202 6680 130 - BIC : CMCIFR2A
OU 2) par chèque à l'ordre d'ARES.

DATE :

SIGNATURE