

BULLETIN D'ADHÉSION COOPÉRATEUR

56 € de parts sociales, à vie et remboursables sur demande

À compléter lisiblement et en capitales par le coopérateur

NOM* :

(détenteur des parts sociales)

Prénom* :

Nom conjoint :

Prénom conjoint :

Adresse* :

Code postal* :

Ville* :

Téléphone* :

***champs obligatoires**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Biocoop La CABA pour la gestion de ses coopérateurs. Elles sont conservées tant que le coopérateur détient ses parts sociales au sein de la coopérative CABA.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service communication à communication@cababiocoop.com

- J'autorise Biocoop la CABA à me faire parvenir par mail une lettre d'information mensuelle « La Caba Quoi d'neuf » (actualités, animations) ainsi que les convocations aux ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ou autres informations de la vie coopérative.

Adresse mail :

Date :

Signature :

Cadre réservé à Biocoop La CABA

Type de règlement :

- Espèce
 Chèque
 CB

Nom du salarié :

Magasin :

N° de carte :