



Bulletin d'adhésion à l'Institut Béninois des Administrateurs

Devenez membre de l'IBA et acteur d'une gouvernance responsable

Informations personnelles (Personne physique)

Nom : _____

Code postal : _____

Prénoms : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : ____/____/____

Mail : _____

Adresse : _____

Profession : _____

Informations professionnelles (Personne morale)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Forme juridique : _____

Téléphone : _____

N° IFU : _____

Mail _____

* L'IBA s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Les adhérents sont appelés à verser leurs cotisations, mensuellement, au Secrétariat de l'IBA. Tout adhérent n'ayant pas acquitté sa cotisation, perd sa qualité de membre.

A remplir par l'Adhérent
(Exemplaire à conserver par l'Institut)

Je certifie vouloir adhérer à l'Institut Béninois des Administrateurs.

De ce fait, je reconnais l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur. Je suis pleinement informé des droits et des devoirs des membres de l'association, et j'accepte de verser ma cotisation dûe à bonne date.

Mode de règlement (cocher la mention utile)

Chèque espèce

Cotisation : _____ FCFA

Don : _____ FCFA

Total : _____ FCFA

Fait à _____, le ____/____/____

Signature de l'Adhérent

(Faire précéder de la mention « lu et approuvé »)