

ASSOCIATION DES DIPLÔMÉS

**DE L’INSTITUT DES ASSURANCES DE LYON**

 A.D.I.A.L.

 ***ADHESION Année 2020/2021***

Nom ……………………………………………………………………………………….....

Prénom……………………………………………………………………………………….

Profession……………………………………………………………………………………

Employeur…………………………………………………………………………………….

Email............................................................................................................................

Tel.................................................................................................................................

Adresse.........................................................................................................................

..................................................................................................................................

Année de Promotion………………………………………………………………………

Merci de bien vouloir nous retourner ce bulletin d’adhésion soit à l’adresse suivante : IAL/ADIAL 50 Avenue Tony Garnier, 69007 Lyon, soit par courriel à : association.adial@gmail.com

Fait à …………….., le………………..

Signature