**Formulaire d’adhésion à FECODEV**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom complet de l’organisation |  |
| Sigle/Abréviation |  |
| Nom et Prénom  Personne de Contact |  |
| Fonction dans l’organisation |  |
| Adresse complète de l’organisation |  |
| Pays |  |
| Tél |  |
| E-mail |  |
| Site web |  |
| * Nous déclarons par la présente que notre organisation souhaite s'affilier à FECODEV   Nom, Prénom :  Fonction :  Date et signature : | |