



FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU SYNPASE CLUB

Retourner le bulletin complété au Synpase
103 rue La Fayette - 75 010 Paris
Email : contact@synpase.fr

SOCIÉTÉ / ASSOCIATION*

Nom de la société / association :
Forme juridique :
SIREN :
Capital social :
Domaine d'activité :
Code APE :
Nom/Prénom du représentant légal :
Adresse (siège) :
Code postal : Ville :
Téléphone : Fax :
Site internet : www.....

RÉFÉRENT SYNPASE CLUB*

Nom/Prénom :
Fonction :
Téléphone : Portable :
Email :
Adresse (si différente du siège) :
Code postal : Ville :

**Tous les champs sont obligatoires.*

Je souhaite rejoindre le Synpase Club.

A : Le :

Signature et cachet :

Montant de la cotisation :

Partenaire VIP

- Entreprise 4 000 euros
 Association 1 500 euros

Partenaire "simple"

- Entreprise 1 000 euros
 Association 500 euros