



## **CENTRE KALACHAKRA**

**5 Passage Delessert**

**75010 PARIS**

**Tél/Fax : 01 40 05 02 22**

### **Bulletin d'Adhésion**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

C P : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Portable : .....

E-mail : .....

**Membre de Soutien**

40 € /mois    60 € /mois    80 € /mois    100 € /mois

ou plus soit :..... Euros/mois

*Accès libre aux enseignements à Paris (sauf les visites évènementielles où sera appliquée la participation adhérents) et participation réduite pour les retraites dans la Sarthe*

Prélèvement mensuel le.....du mois  
(Merci de joindre un RIB/IBAN)

**Membre Adhérent 45 € /an**

Chèque

CB/Paypal

*Participation réduite pour les activités à Paris les retraites dans la Sarthe*

Date : ..... Signature :