



Avec



DrinkACT

...Passez à l'ACT



Bon d'inscription ACT

Information du Parrain :

Prénom & Prénom : _____ N° ID : _____

Information Nouveau Membre :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de Naissance : Mois/Jour/Année : _____ / _____ / _____

N° Assurance Social : _____

Adresse Facturation : _____

Code : _____ Ville : _____

Si adresse de livraison est la même que l'adresse de facturation Cochez ici

Adresse de livraison : _____

Code : _____ Ville : _____

Information Contact :

Téléphone Résidence : _____ Fax : _____

Téléphone Travail : _____ Mobile : _____

Email : _____

Choix de Identifiant pour site Web : _____

Mot de Passe pour Bureau Virtuel : _____

Votre inscription comme membre à ACT est Gratuit
Votre site Web de la Compagnie est Gratuit

Signature : _____ Date : _____