



CENTRE DE SERVICES INTERPHARMACEUTIQUES POUR LA BELGIQUE - ASBL  
CENTRUM VOOR INTERFARMACEUTISCHE DIENSTEN IN BELGIË - VZW

## BULLETIN D'ADHESION 2021

La société .....

N°de TVA : .....

Adresse de facturation : .....

.....

Représentée par .....

Titre et fonction : .....

TEL:..... - FAX.....

E-MAIL : .....

Déclare adhérer au CIB comme membre adhérent et désigne en qualité de délégué  
(personne de contact + numéro de téléphone direct):

.....

Le montant annuel de la cotisation (hors TVA) pour 2021 est fixé sur base du chiffre d'affaires  
2020 payable dès réception de la facture.

Chiffre d'affaires 2020	Cot 2021	Veillez cocher la case correspondante
Plus de 10M€	€ 3.500,00	
Entre 5-10M€	€ 2.500,00	
Entre 1-5M€	€ 1.950,00	
En dessous de 1M€	€ 1.250,00	

Je déclare expressément avoir pris connaissance de l'article 8 des statuts, qui spécifie les  
conditions de démission.

*« Art. 8. Tout membre peut se retirer de l'association en adressant, à son siège, par lettre recommandée, sa  
démission pour la fin d'une année civile, avec un préavis d'au moins trois mois. (...) Tout membre démissionnaire  
ou exclu doit remplir ses obligations de cotisation et de fourniture de renseignements commerciaux et  
statistiques jusqu'à l'expiration de l'année civile durant laquelle il cesse de faire partie de l'association et n'a  
aucun droit sur les avoirs de celle-ci. »*

**CIB asbl/vzw – Parc de l'Alliance – bvd de France 9 bât. A – 1420 Braine-l'Alleud**  
**Tel : 02/389 97 59 - fax : 02/389 98 00 - E-mail : [cib@cib-pharma.be](mailto:cib@cib-pharma.be) – [www.cib-pharma.be](http://www.cib-pharma.be)**

**TVA/BTW : 0407 770 479 – IBAN BE 64 3100 1857 2152**



CENTRE DE SERVICES INTERPHARMACEUTIQUES POUR LA BELGIQUE - ASBL  
CENTRUM VOOR INTERFARMACEUTISCHE DIENSTEN IN BELGIË - VZW

Date : .....

Signature : .....

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Cachet