



**Sede Social**  
2, rue Bellot  
CH-1206 GENEVE  
SUISSE

**Oficina Central  
Administrativa**  
3, rue Duguay-Trouin  
75280 PARIS CEDEX 06  
FRANCE

☎ 01 42 22 07 77  
01 42 22 91 27  
☎ 01 45 48 53 90

emi@saintmartin.com.fr

**Sección General**  
3, rue Duguay-Trouin  
75280 PARIS CEDEX 06  
FRANCE

**Sección Bélgica**  
M.R.B  
BP 10300  
1130 BRUXELLES  
BELGIQUE

**Sección África  
Occidental**  
II Plateaux  
28 - BP 922  
ABIDJAN - 28 R.C.I.

**Sección África  
Central**  
BP 168  
YAOUNDE  
CAMEROUN

**Sección  
África Este**  
P.O. Box 13475-00800  
NAIROBI  
KENYA

**Sección  
Madagascar**  
BP 667  
ANTANANARIVO 101  
MADAGASCAR  
REPUBLIQUE  
MAGACHE

**Sección  
Brasil**  
Filhas da caridade /EMI  
Caixa Postal - 471  
60170-002  
FORTALEZA-CEARÁ  
BRASIL

www.entraide-missionnaire.com



# Boletín de adhesión

[ Opción 2 ]

Grupo A.M.I n°

Nombre del grupo :

Dirección :

Tel :

Fax :

Mail :

Responsable del grupo :

Cuenta [sobre la cual los reembolsos serán pagados] :

código bancario :  
(sólo en Francia)

código sucursal :  
(sólo en Francia)

n° de cuenta :

Dígito de control :

n° IBAN/CLABE :

SWIFT :

Banco :

Domiciliación :  
(País donde está situada la cuenta)

Titular de la cuenta :

Moneda de la cuenta :

> adjuntar un certificado de identificación bancaria

## Afiliación

Número de miembro AMI :

Opción 4 (más de 6 meses) desde el :

Título de cortesía (sacerdote, hermana, ...) :

Vocación (religioso, ...) :

Apellido :

Nombre :

Fecha de nacimiento : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Nacionalidad :

País de misión :

Fecha de llegada :

Fecha de partida :

Motivo de viaje : Cabildo

Formación

Reunión

> adjuntar la convocatoria

## Requisitos para la adhesión :

La opción 2 es un suplemento de cobertura a la opción 4. Es válida en zona de opción 1 (Europa) para una duración de tres meses renovable (formaciones, cabildos...). La tarifa es trimestral, cualquiera que sea la duración de la estancia. Esta cuota, al ser un suplemento, se debe la cuota para la opción 4 durante ese mismo periodo.

Observaciones :

Hecho a :

el :

Firma del Responsable :