



CENTRE FRANCE CHINE DE LA MÉDECINE CHINOISE

法国-中国中医药中心

www.cfcmc.org | www.rmmc.fr

**Formulaire de demande d'adhésion en qualité de membre honoraire
(groupe/entreprise) au cercle savant du Centre France Chine de la Médecine
Chinoise (2024-2025)**

**法国-中国中医药中心学术委员会荣誉会员（集团/企业）入会申请表
（2024-2025）**

Nom de l'établissement 机构名称			
Numéro SIRET 统一社会信用代码		Date de création 成立日期	
Domaine d'activités 业务范围		Lieu d'enregistrement 注册地	
Représentant de la personne morale 法人代表		Courriel de l'établissement 机构邮箱	
Personne de contact 联系人		Site Web 机构网站	
Adresse postale 通讯地址			
Numéro de téléphone 电话			



CENTRE FRANCE CHINE DE LA MÉDECINE CHINOISE

法国-中国中医药中心

www.cfcmc.org | www.rmmc.fr

Les temps forts de l'établissement
机构大事记

Date 时间	Événement 事件

Remarques 备注

Avis de l'établissement
所在单位意见

Cachet de l'établissement
(机构盖章)

_____A/年_____M/月_____J/日

Avis du bureau du Centre France Chine de la Médecine
Chinoise
法国-中国中医药中心（CFCMC）审理意见

Cachet
(盖章)

_____A/年_____M/月_____J/日



CENTRE FRANCE CHINE DE LA MÉDECINE CHINOISE

法国-中国中医药中心

www.cfcmc.org | www.rmmc.fr

En vertu de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le Centre France Chine de la Médecine Chinoise s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose également d'un droit de regard et de rectification sur les informations le concernant.

根据 1978 年 1 月 6 日颁布的第 78-17 号《法国数据保护法》，法国-中国中医药中心承诺不将会员的详细信息用于商业目的。会员还有权查阅和修改与其相关的信息。

Je certifie vouloir adhérer au cercle savant du Centre France Chine de la Médecine Chinoise, en qualité de membre honoraire (groupe/entreprise). De ce fait, je reconnais l'objet de l'association, et j'accepte de suivre le règlement intérieur. Je suis pleinement informé(e) des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours soit minimum 5 000 (cinq mille) euros par an, payable par chèque ou virement bancaire.

本人证明我希望加入法国-中国中医药中心学术委员会，成为其企业机构荣誉会员。我在此承认该协会的宗旨，并同意遵守其内部规定。我已充分了解协会会员的权利和义务，并同意支付当年的会费，即每年至少 5 000（五千）欧元，通过支票或银行转账支付。

Signature de la présidente 会长签字

Signature du représentant 代表人签字

Fait à (签字城市)
Le / / (签字日期)

Fait à (签字城市)
Le / / (签字日期)