



CONVENTION MEMBRES
Partenariat Local de Prévention
PLP HERINNES

ZONE DE POLICE DU VAL DE L'ESCAUT

Nom :

Adresse privée :

Adresse société :

Situé à :

Comme membre PLP, je désire recevoir les messages PLP aux coordonnées suivantes :

GSM :

E-MAIL :

Les messages seront envoyés automatiquement et simultanément par et aux frais de la police locale. Les pouvoirs publics indemniseront d'autres coûts d'infrastructure et d'administration du PLP.

Dans le cadre de la protection de la vie privée, je suis d'accord pour que mes données figurent sur une liste PLP. Cette liste ne sera utilisée que par le PLP au sein de laquelle mon coordinateur ou délégué me représentera.

En tant que membre je déclare être d'accord avec le Règlement d'ordre intérieur en annexe.

Date :
Signature

FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT REMPLI A L'ADMINISTRATION COMMUNALE OU A
VOTRE COORDINATEUR.