

**MEMBERSHIP APPLICATION FORM
FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION**

NAME OF THE INSTITUTION/NOM DE L'INSTITUTION

Municipality/Municipalité
Country/Pays:
Address/Adresse:
Telephone/Téléphone:
E-mail

POLITICAL REPRESENTATIVE IN MEDCITIES/REPRÉSENTANT POLITIQUE À MEDCITÉS

Name/Nom:
Position/Poste:
Address/Adresse:
Telephone/Téléphone:
Email:



I, the undersigned Mayor (if otherwise, please specify) City of , number of inhabitants:..... in (year), confirm my city's wish to join the MEDCITIES association. I have read the latest version of the Statutes of MEDCITIES and agree to the terms laid out therein.

Je, soussigné Maire (autrement, précisez) Ville de , avec nombre d'habitants:.. (année), confirmer le désir de ma ville d'adhérer à MEDCITÉS. Je reconnais avoir pris connaissance des Statuts de MEDCITÉS et en accepte les termes.

Date/Date: _____

**Official Stamp and signature/
Sceau officiel et signature/**

**Please, return this form filled out to:
S'il vous plaît, envoyez ce formulaire à l'adresse suivante:**



**MEDCITIES GENERAL SECRETARIAT
Carrer 62, núm. 16-18, Edifici B, 3^a Planta
08040 Barcelona
Phone: +34 93 506 93 58
e-mail: contact@medcities.org
www.medcities.org**