

Annexe I Demande d'affiliation pour les personnes physiques

Les personnes physiques suivantes exercent une activité soumise à la LBA chez le/la soussigné(e) :

Nom	Prénom	Lieu d'origine / nationalité	Domicile	Avocat et/ou notaire (si applicable)	Date de naissan- ce	Pouvoir de signature au nom du/de la requérant(e) (si applicable) Signature collective : SC Signature individuelle : SI	Membre de la FSA ou de la FSN (si appli- cable)

Lieu, Date

Nom du/de la requérant(e)

Signature

.....

.....

.....