

04 75 36 34 67—06 41 00 35 86—06 38 63 51 83
france-alzheimer.ardeche@laposte.net

A retourner à :

**Association FRANCE ALZHEIMER ARDECHE
7 rue Denis Papin -07200 AUBENAS**

Nom et Prénom

Si Cotisation couple Nom et Prénom du 2ème membre (filiation).....

.....

Adresse

Code postal..... Ville.....



Mail :

Cotisation individuelle.....34 €

Cotisation couple.....40 €

Je participe à un don pour les frais de fonctionnement.....€

Je participe à un don pour la recherche d'un montant de.....€

Si cotisation couple je ne souhaite recevoir qu'un seul magazine contact

Je ne souhaite pas recevoir le magazine Contact de l'Union

Je règle par chèque à l'ordre de France Alzheimer Ardèche

En espèces

Par virement : FR76 1027 8089 1100 0205 3240 194



En application de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant, en vous adressant à notre Association.

Les cotisations sont déductibles des impôts sur le revenu à hauteur de 66%. Un reçu fiscal vous sera adressé.

Membre de l'union nationale des associations France Alzheimer
et maladies apparentées reconnue d'utilité publique

www.francealzheimer.org/-ardeche

UN MALADE, C'EST TOUTE UNE FAMILLE QUI A BESOIN D'AIDE

04 75 36 34 67—06 41 00 35 86—06 38 63 51 83
france-alzheimer.ardeche@laposte.net

A retourner à :

**Association FRANCE ALZHEIMER ARDECHE
7 rue Denis Papin -07200 AUBENAS**

Nom et Prénom

Si Cotisation couple Nom et Prénom du 2ème membre (filiation).....

.....

Adresse

Code postal..... Ville.....



Mail :

Cotisation individuelle.....34 €

Cotisation couple.....40 €

Je participe à un don pour les frais de fonctionnement.....€

Je participe à un don pour la recherche d'un montant de.....€

Si cotisation couple je ne souhaite recevoir qu'un seul magazine contact

Je ne souhaite pas recevoir le magazine Contact de L'Union

Je règle : Par chèque à l'ordre de France Alzheimer Ardèche

En espèces

Par virement : FR76 1027 8089 1100 3240 194



En application de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant, en vous adressant à notre Association.

Les cotisations sont déductibles des impôts sur le revenu à hauteur de 66%. Un reçu fiscal vous sera adressé.

Membre de l'union nationale des associations France Alzheimer
et maladies apparentées reconnue d'utilité publique

www.francealzheimer.org/ardec

UN MALADE, C'EST TOUTE UNE FAMILLE QUI A BESOIN D'AIDE

QUESTIONNAIRE

Vous êtes :

- Personne malade
- Aidant familial
- Professionnel de santé
- Autre :

Vos attentes actuelles :

.....
.....
.....
.....

Si vous disposez d'un peu de temps libre, vous serez les bienvenus pour nous aider dans nos différentes activités. Veuillez nous le signaler et merci d'avance !

.....
.....
.....
.....

Je pourrais me rendre libre :

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Plutôt le matin
- Plutôt l'après-midi

Secteur géographique :

QUESTIONNAIRE

Vous êtes :

- Personne malade
- Aidant familial
- Professionnel de santé
- Autre :

Vos attentes actuelles :

.....
.....
.....
.....

Si vous disposez d'un peu de temps libre, vous serez les bienvenus pour nous aider dans nos différentes activités. Veuillez nous le signaler et merci d'avance !

.....
.....
.....
.....

Je pourrais me rendre libre :

- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Plutôt le matin
- Plutôt l'après-midi

Secteur géographique :