

Bulletin d'Adhésion 2022

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

A retourner à France Alzheimer Hérault – 3 rue Pagézy – 34000 MONTPELLIER
04 67 06 56 10 - www.francealzheimer.org/herault – Facebook : francealzheimer34

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

Je suis aidant(e) de mon proche malade : Je suis touché(e) par la maladie
 Je suis un(e) professionnel(le) Je suis un(e) bénévole Je soutiens l'association

J'accepte de recevoir les informations Par courrier **ou** par email :

Dans le cadre de la promotion de ses actions, j'autorise FAH à utiliser mon image ou celle de la personne que je représente, sur tout support d'information.

La personne supplémentaire / Lien de parenté : _____

Nom : Prénom :

MERCI DE REMPLIR AU VERSO DE CETTE PAGE LES COORDONNEES SI ELLES SONT DIFFERENTES →

Ouvrant droit à une déduction fiscale de 66 %

34 € Cotisation individuelle (par année civile), dont 8 € seront versés à l'Union Nationale des Associations France Alzheimer et je recevrai la revue "Contact" et le Lien	€
8€ par personne supplémentaire	€
Don en confiance	€
Total :	€

CONSENTEMENT

En vous inscrivant, vous acceptez que notre association départementale mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans le formulaire dans le but d'améliorer votre expérience et vos interactions avec nos services. En l'occurrence, vous autorisez l'association départementale à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge opportun afin de vous informer des dernières actualités, des actions et des appels aux dons via vos coordonnées renseignées dans le formulaire. D'autre part vos données pourront être exploitées dans le cadre d'un intérêt légitime ou d'une obligation légale. En application du RGPD vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant en vous adressant à notre association : administrateur@alzheimer34.org

Date : ___ / ___ / 2022

Signature :

Coordonnées de la personne supplémentaire

Lien de parenté : _____

Nom :Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

J'accepte de recevoir les informations par e-mail :

Coordonnées de la personne supplémentaire

Lien de parenté : _____

Nom :Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

J'accepte de recevoir les informations par e-mail :

Coordonnées de la personne supplémentaire

Lien de parenté : _____

Nom :Prénom :

Adresse :
.....

Téléphone fixe : Portable :

J'accepte de recevoir les informations par e-mail :