



BULLETIN d'adhésion 2019
Association Française Hailey Hailey Darier

RENSEIGNEMENTS concernant l'adhérent (e)

NOM.....PRENOM.....
Adresse.....
.....
Téléphone(s).....
Email ...

Etes-vous :

- Le/la malade Famille du malade (précisez le nom)..... Autre
 Je souhaite devenir **membre adhérent**, Je verse la cotisation 2019 de **30 €**
 Je souhaite **faire un don libre** à l'association, Je verse la somme de €.

Règlement : chèque ou
 virement de.....€ mensuels trimestriels annuel
Pour obtenir un RIB de l'AFRHAIDA merci d'en faire la demande par mail, ou par téléphone

POUR OBTENIR UN RECU FISCAL IL EST OBLIGATOIRE D'ADRESSER VOTRE BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION (par voie postale ou mail)

*Chèque à libeller à l'ordre de : **AFRHAIDA** et à adresser à :*

**Mme Isabelle GENTILE – AFRHAIDA - 30 bis rue Alexandre Dumas
02600 VILLERS-COTTERÊTS
06 24 24 81 01
mail : afrhaida@yahoo.fr**

Je souhaite recevoir de la documentation sur la maladie de :

- Hailey Hailey** **Darier**

J'autorise après en avoir été informé(e) que mes coordonnées soient communiquées à d'autres malades de ma région qui souhaiteraient avoir un contact ?

- OUI NON

J'accepte que mes coordonnées fassent l'objet d'un traitement informatique à l'usage exclusif d'AFRHAIDA. L'enregistrement de ces données permet d'enregistrer votre don, et de vous adresser un reçu fiscal.

Date :

Signature :