



## BULLETIN d'adhésion 2024

Association Française Hailey-Hailey Darier

### RENSEIGNEMENTS concernant l'adhérent(e)

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone(s) : .....

Email : .....

### Êtes-vous :

Le/la malade  Famille du malade (précisez le nom).....  Autre

Je souhaite devenir **membre adhérent** : Je verse la cotisation 2024 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 Aurore BOULEAU – AFRHAIDA**

**1 Résidence Les Sagittaires**

**59990 PRESEAU**

**06 82 92 05 77**

**Mail : [afrhaida@yahoo.fr](mailto: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 :**