

BULLETIN d'adhésion 2025
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 2025 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**

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 :