

Formulaire d'adhésion

Première adhésion

Renouvellement

Date :

Titre (M/Mme/Mlle) : ... Nom : Prénom :

Motif de l'adhésion (malade/proche de malade¹/professionnel de santé/autre...) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Région : Pays :

Mél :

Téléphone (*facultatif*) :

Profession/secteur d'activité (*facultatif*) :

Date de naissance (*facultatif*) :

J'adhère à l'AFCI pour une durée de 1 an et je verse une cotisation de 30 €

J'adhère à l'AFCI pour une durée de 1 an et je fais un don ; j'effectue un versement total d'un montant de € (supérieur à 30 €)

Je ne souhaite pas adhérer, mais je soutiens les actions de l'AFCI et je fais un simple don d'un montant de €

*(Chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'Association française de la cystite interstitielle, à adresser à :
AFCI
7 avenue du Rocher
94100 SAINT-MAUR)*

Je souhaite recevoir un reçu fiscal : oui non

Déductions fiscales : particuliers : 66% de vos dons et versements sont déductibles de vos impôts (article 200 du CGI)

Si je dispose d'un mél, je recevrai le courrier de l'association exclusivement par courrier électronique :

J'accepte Je refuse

J'accepte de figurer dans l'annuaire distribué aux autres membres de l'association² :

J'accepte Je refuse

J'accepte de figurer dans l'annuaire mais je ne souhaite pas que les informations suivantes soient publiées dans l'annuaire des membres (préciser lesquelles) :

.....
.....

Signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification aux données personnelles vous concernant en vous adressant à notre association.

¹ Préciser : enfant, conjoint...

² Adhérents malades uniquement.