

bulletin d'adhésion



Mme Mlle M.

adresse _____

Code postal _ _ _ _ _ Ville _____



@ _____

Profession (facultatif) _____

- je souhaite adhérer à l'ASTB et devenir membre de l'association pour l'année 20__
- je verse ma cotisation en qualité de :
 - membre actif : 25 €
 - membre bienfaiteur : 35 €
- et je verse un don complémentaire pour soutenir les actions de l'association :
 - 150 € 80 € 15 €
 - 100 € 30 € ____ €
- je souhaite recevoir le journal de liaison trimestriel de l'association
 - par mail par courrier
- je souhaite que mes coordonnées soient communiquées à l'association Épilepsie-France pour recevoir gratuitement leur lettre d'information sur l'épilepsie.
 - par mail par courrier
- je suis concerné(e) par la STB (facultatif) :
 - personnellement j'ai un enfant atteint
 - un parent est atteint un ami est atteint
- je serais prêt à aider l'association (facultatif) :
 - dans le cadre de mes compétences professionnelles (merci de préciser lesquelles) _____
 - comme bénévole sur des actions ponctuelles (stand dans des salons, campagne de collecte de fonds, etc)
 - autre _____

**Bulletin à retourner avec votre chèque libellé à l'ordre de l'ASTB à :
Trésorier ASTB – 11 avenue Franklin Roosevelt 92330 Sceaux**

Pour votre soutien ou pour votre adhésion, un reçu fiscal vous sera adressé et vous pourrez déduire du montant de vos impôts 66% de votre don dans la limite de 20% du revenu imposable.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Les informations facultatives permettent une meilleure gestion de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 78, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au siège de l'association, 28 rue Barrault 75013 Paris.