

Formulaire d'adhésion ou de don

Première adhésion/don 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 :

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

Date de naissance (*facultatif*) :

Vos centres d'intérêt (*facultatif*) :

Comment avez-vous connu l'association AFCI ?

- J'adhère à l'AFCI pour l'année et je verse une cotisation de 30 €
- J'adhère à l'AFCI pour l'année 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 à l'ordre de Association française de la cystite interstitielle, à adresser à :
AFCI – 7 avenue du Rocher – 94100 SAINT-MAUR

Déductions fiscales : particuliers : 66% de vos dons et versements sont déductibles de vos impôts (article 200 du CGI). Un reçu fiscal vous sera adressé.

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 malades 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.