

Nom .....

Prénom .....

Date de Naissance .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

Téléphone .....

E-Mail .....

Votre statut  Malade\*  Proche de malade

**Nom de votre pathologie\*** .....

Cotisation pour l'année 2018: **20 €** Première adhésion  Renouvellement

Je souhaite adhérer à l' AFNP : Association Française contre les Neuropathies Périphériques

Veillez trouver ci-joint le règlement d'un montant de ..... €

Chèque (à l'ordre de l'AFNP)  Espèces

Je ne peux pas cotiser mais je souhaite adhérer

**Je soutiens l'association**

**Je fais un Don** ..... € (Recevez alors un reçu fiscal vous permettant de déduire 66% du montant)

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et y souscrire

Site internet : [www.neuropathies-peripheriques.org](http://www.neuropathies-peripheriques.org)

Date .....

Merci de retourner ce bulletin complété et signé à l'adresse suivante :

**AFNP** 16, Avenue des Millepertuis 44500 LA BAULE-ESCOUBLAC

ou par mail : [contact@neuropathies-peripheriques.org](mailto:contact@neuropathies-peripheriques.org)

**AFNP-Info service : 06 52 46 24 92**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et pour le fonctionnement de l'association. Elles font l'objet d'un traitement informatique. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de nous contacter.

« Ensemble, nous pouvons changer les choses »

JP Plançon  
Président de l'AFNP

