

**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** **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 : [contact@neuropathies-peripheriques.org](mailto:contact@neuropathies-peripheriques.org)***

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 de la réglementation générale sur la protection des données (RGPD), 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**