

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

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

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