

## Bulletin d'Adhésion 2026

Nom .....

Prénom .....

Date de Naissance .....

Adresse .....

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

Téléphone .....

E-Mail .....

Votre statut ☐ Malade ☐ Proche de personne malade

Pathologie concernée .....

Cotisation annuelle **20 €** Première adhésion ☐ Renouvellement ☐

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

Règlement d'un montant de ..... €

☐ Chèque (à l'ordre de l'AFNP)

☐ Virement

☐ Je ne peux pas cotiser mais je souhaite adhérer

**AFNP**  
CAISSE D'EPARGNE Bretagne - Pays de Loire  
IBAN : FR76 1444 5004 0008 0015 4121 561  
BIC : CEPAFRPP444

**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 nous retourner ce bulletin complété**  
**AFNP**

16, Avenue des Millepertuis 44500 LA BAULE-ESCOUBLAC  
ou par mail : [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 »

**Jean-Philippe Plançon**  
Président de l'AFNP