

BULLETIN D'ADHÉSION

Qualité (1) : Madame – Monsieur – Mademoiselle

NOM (1) :

Prénom (1) :

Date de naissance (1) : / /

ADRESSE (1) :

Bâtiment, Résidence :

N° voie, Voie :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Adresse mail :

Situation : Activité – Invalidité – Retraité – Professionnel de santé –

Autre :

Cotisation : 23 euros en date du / /

Abonnement Amicoeur : 12 euros OUI NON

Don éventuel : euros en date du / /

(1) – Informations obligatoires

SITUATION MÉDICALE

Type d'intervention :

Lieu d'intervention :

Date d'intervention :

Lieu de convalescence :

À préciser s'il vous plaît : Association de rattachement souhaitée ou
adhésion directe au siège national AFDOC :

Fait à : Le / /

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. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de votre Association. Les informations médicales sont strictement confidentielles et n'ont pas un caractère obligatoire.
- L'abonnement AMICOEUR est un montant annuel forfaitaire.