

Formulaire Adhésion/Don 2024

Madame, Monsieur,

Votre association débute une nouvelle année et pour continuer à mener à bien ses objectifs, elle a toujours besoin de vous. C'est pourquoi nous vous sollicitons pour votre adhésion ou le renouvellement de celle-ci.

La cotisation est fixée à 25 € et à 15€ pour les moins de 25 ans et les étudiants

Vous pouvez faire parvenir votre règlement en privilégiant le virement (Cf. RIB ci-dessous) en parallèle de ce formulaire portant vos coordonnées complètes pour envoi du CERFA et de nos documents, ou par courrier.

Nous remercions les nouveaux adhérents de bien vouloir remplir la fiche sur la protection des données.

Recevez, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le conseil d'administration

✂ -----

Nom : Prénom :

Je suis : Patient Proche Professionnel de santé

Adresse :

Code Postal : Ville..... Pays :

Tél. (facultatif) : Email :

Ma contribution : Renouvellement Nouvelle adhésion. Don

Mode de paiement : Par virement Par chèque

Conformément à la loi de finances en vigueur, 66 % de la somme versée par un particulier est déductible des impôts, dans la limite de 20 % des revenus imposables et fait l'objet d'un reçu fiscal (*si vous versez 50 €, votre impôt sera réduit de 33 €, votre dépense réelle sera de 17 €*).

Date :

Signature :

Protection et traitement des données personnelles (pour les adhérents ne l'ayant pas encore fait)

Conformément au règlement européen sur la protection des données personnelles (RGDP), chaque adhérent ou donateur doit donner son consentement pour le traitement de ses données indiquées dans le présent formulaire.

Je suis informé(e) que ces données sont exclusivement destinées à me transmettre les informations générales d'ordre médical ainsi que les informations relatives aux activités de l'AMVF et de ses partenaires non-commerciaux et aux différentes réunions statutaires. Ces données sont conservées 2 ans après la dernière année d'adhésion ou de donation sous format papier et électronique et ne sont pas utilisées ou transmises à des fins commerciales. L'AMVF ne demande et n'enregistre en aucun cas des éléments personnels d'ordre médical.

Conformément au RGPD et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, je dispose d'un droit d'accès et de rectification pour toute information me concernant. Je peux également retirer ou modifier mon consentement sur le traitement de mes données à tout moment en écrivant au président de l'AMVF, responsable du traitement des données personnelles. En l'absence de consentement, je ne recevrai plus aucune information de l'AMVF, mis à part les convocations aux réunions statutaires, les PV des assemblées générales et le bulletin annuel d'adhésion.

Je, soussigné(e), _____

(cocher les cases voulues).

donne mon consentement pour recevoir les informations par mail et/ou par courrier par courrier uniquement.

ne donne pas mon consentement pour recevoir les informations hormis les informations d'ordre statutaire.

Date :

Signature :