

BULLETIN D'ADHÉSION ASSOCIATION



2 quai du général De Gaulle

30300 Beaucaire

Déclarée à la préfecture du Gard RNA W132009253

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse.....

Commune : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :

.....@.....

Montant (libre) de la cotisation :€.

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : / /

Pathologie :

Date du diagnostic :

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association
RESPIRACTEURS

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant (libre) de€.

Droit à l'image : j'autorise l'association Respiracteurs à utiliser librement et libres de droits les images (photos et vidéos) enregistrées lors des réunions patients. Cette autorisation est consentie pour une durée de cinq ans.

Fait à, le / /

Signature de l'adhérent, (précédée de la mention "Lu et approuvé")

Exemplaire à conserver par l'association.