

M / Mme / Mlle Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____

Code Postal _____ Ville : _____

Pays (si résident hors de France) : _____

Date de naissance ___/___/___/___ ☎ ___/___/___/___/___ Mobile ___/___/___/___/___

Email : _____

Votre règlement

►► *Merci d'accompagner tout règlement avec ce Bulletin rempli pour nous permettre de tenir à jour vos coordonnées personnelles pour l'envoi de la revue Spastic et du Reçu fiscal*

<input type="checkbox"/> MEMBRE	Adhésion ASL et Abonnement Revue Associative SPASTIC	35 Euros
	Don supplémentaire	Euros
<input type="checkbox"/> DONATEUR	Don	Euros
Total de la somme versée		Euros

Je règle mon adhésion par CHEQUE

J'envoie un Chèque bancaire de _____ Euros à l'ordre de l'A.SL et mon bulletin d'adhésion au Trésorier de l'Association ASL *

Je règle mon adhésion par VIREMENT SEPA

1. Virement SEPA de _____ Euros

À l'ASSOCIATION STRUMPELL- LORRAIN : IBAN FR26 2004 1010 0405 6151 4E02 547

En date du _____ Référencé _____

2. J'adresse un mail au Trésorier * pour l'informer du virement et lui envoie le bulletin d'adhésion

RAPPELS STATUTAIRES : Les Cotisations Annuelles doivent être versées au Trésorier avant la Fin du Premier Trimestre de l'Année en cours, pour lui permettre d'établir un Budget Prévisionnel. MERCI à Vous. Un Reçu Fiscal vous sera adressé après clôture de l'exercice comptable, en début d'année prochaine.

***M. Jean Pierre BLOIS, Trésorier de l'ASL**

16 Sentier de Hordain, 59111 BOUCHAIN (France)

☎ 03 27 26 17 50 / mobile : 06 85 13 37 83 / mail : tresoasl@orange.fr

Tournez la page SVP ↻

Renseignements confidentiels

Les renseignements que vous voudrez bien nous transmettre resteront confidentiels
Ces renseignements sont utiles pour appuyer nos actions de recherche fondamentale ou clinique et recenser le nombre de personnes atteintes en France.

Je souffre moi-même de la maladie de Strümpell-Lorrain (HSP)

- J'exerce une profession à temps : complet / partiel
- Je suis : en invalidité/à la retraite
- Je suis reconnu(e) invalide par la MDPH au taux de%

Age de début de la maladie ? _____

Je ne souffre pas de cette maladie mais une personne de mon entourage en est atteinte

Nom	Prénom	Lien de parenté

**Avec nos sincères remerciements,
Les membres du bureau de l'ASL-HSP France**

L'Adhésion est effective à compter de la Date de Règlement, elle est valable jusqu'à la fin de l'année civile en cours. Par exemple, une cotisation réglée en Mai est valable de Mai à Décembre, sans report comptable possible sur l'année suivante.

Pour mémoire, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent : article 34 et suivants de la Loi du 6 Janvier 1978.