

L'adhésion est individuelle. Vous pouvez prendre une adhésion familiale, dans ce cas, merci de bien vouloir remplir un bulletin d'adhésion pour chaque personne.

Vos coordonnées *Merci de remplir ce Bulletin de manière très lisible*

M / Mme / Mlle Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville : _____

Pays (si résident hors de France) : _____

Date de naissance ____/____/____ /  ____/____/____ / Mobile ____/____/____/____

Email : _____

Votre règlement

- › *Le versement de votre adhésion doit parvenir au Trésorier avant la fin du 1er trimestre de l'année en cours, pour lui permettre d'établir un Budget prévisionnel.*
- › *L'Adhésion est effective à compter de la date du règlement. Elle est valable jusqu'à la fin de l'année civile en cours.*
- › *Un Reçu Fiscal vous sera adressé après clôture de l'exercice comptable, au début de l'année suivante.*

<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/don par un CHEQUE BANCAIRE d'un montant deEuros


- › *à l'ordre de l'ASL-HSP France, je l'adresse avec mon bulletin d'adhésion au Trésorier de l'Association**

Je règle mon adhésion/don par un VIREMENT SEPA d'un montant deEuros

- › **À l'Association STRUMPELL- LORRAIN** **IBAN** : FR26 2004 1010 0405 6151 4E02 547 – **BIC** : PSSTFRPPDIJ
- › *En date du _____ Référencé _____*
- › *J'adresse un mail au Trésorier* pour l'informer du virement et je lui envoie le bulletin d'adhésion par courrier ou mail*

* **Trésorier de l'ASL-HSP France** : Jean Pierre BLOIS

16 Sentier de Hordain - 59111 BOUCHAIN (France)

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

Association loi 1901, déclarée le 5 mai 1992, N° SIRET 392 584 371 000 26 – CCP 5 615 14 E DIJON

Siège Social : 29, Rue de la Bergère – 94240 L'HAY-LES-ROSES

Site Internet : <http://www.asl-hsp-france.org>



Envoi de la revue « Spastic » : par mail ou par courrier ?

Merci d'indiquer votre choix pour les modalités d'envoi de la revue : Mail Courrier

Renseignements confidentiels

▶ **Les renseignements que vous voudrez bien nous transmettre resteront confidentiels.**

Ces informations (facultatives) nous sont utiles,

1. Pour permettre à l'Association d'évaluer la fréquence des gènes SPG parmi ses adhérents et la proportion des familles qui sont sans diagnostic génétique à ce jour
2. Pour appuyer nos actions de recherche fondamentale ou clinique à venir

Je souffre moi-même de la maladie de Strümpell - Lorrain /Paraplégie Spastique Héritaire

Age de début de la maladie ? _____

Je ne souffre pas de cette maladie mais une (plusieurs) personne(s) de mon entourage en est(sont) atteinte(s)

Nombre de personnes atteintes dans votre famille _____

Lien de parenté :

- Enfant. Année de naissance : _____ Oncle / Tante
 Conjoint Neveu / Nièce
 Père Mère

▶ **Connaissez-vous le gène SPG muté dans votre famille ?**

- OUI, je connais le gène muté, c'est SPG _____
 NON, je ne connais pas le gène muté

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

Ces données sont enregistrées aux fins de gestion du fichier des adhérents. Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression de ces données (Article 15 et 16 du RGPD 2016/679). Vous pouvez exercer ces droits en adressant un courrier au responsable du traitement : asl.laurence.benard@gmail.com.