

**Bulletin d'adhésion ADPIML**  
**Association de Défense de Patients**  
**traités par Injections Médicamenteuses Locales**

ASSOCIATION LOI 1901

**Informations de l'adhérent**

Prénom : .....  
Nom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Email : .....  
Téléphone : .....  
Numéro et rue : .....  
Ville : .....  
Code postal : .....

**Choix du futur membre :**

- Membre AMIS : Simple adhésion et paiement de la cotisation de base
- Membre ACTIF : Membre amis qui s'implique dans l'organisation, la communication et qui s'engage à relayer les actions de l'association
- Membre de SOUTIEN : Membre amis qui choisit de faire un don en plus du prix de la cotisation de base

**Cotisation et données personnelles**

La cotisation s'élève à TRENTE EUROS , payable par virement ou chèques.

Je suis membre de SOUTIEN, je fais un don de .....

L'adhésion est valable UN AN à compter de la date de la dernière assemblée générale.

*En vertu des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) l'association s'engage à ne pas utiliser les données personnelles de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose d'un droit de regard et de rectification des données personnelles le concernant.*

**Engagements de l'adhérent**

Je certifie vouloir adhérer à l'association et m'engage à payer ma cotisation dans le cadre de mon adhésion.

J'ai pris connaissance de l'objet et des statuts de l'association que je m'engage à respecter.

Je suis pleinement informé de mes droits et devoirs en tant qu'adhérent et les accepte sans aucune réserve.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Nom, prénom et signature de l'adhérent**

(précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Règlement par virement sur le compte dont les coordonnées sont ci-dessous :

CREDIT AGRICOLE CENTRE -EST

IBAN : FR76 1780 6003 4604 2043 7519 064

BIC : AGRIFRPP878

Merci de bien indiquer le motif : Adhésion **NOM PRENON**

Si le virement n'est pas possible merci d'adresser un chèque à l'ordre de ADPIML à l'adresse suivante :

ADPMIL

44 avenue du CHATER 69340 FRANCHEVILLE