



BULLETIN D'ADHESION

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Vous souhaitez adhérer en tant que* :

Patient

Parent

Ami

Par cette adhésion, vous acceptez d'entrer dans la base de données de l'AFVD* :

Oui

Non

*Barrer les mentions inutiles

Numéro de déclaration CNIL1518032 v 0

Le montant de la cotisation annuelle est fixé à 20€. Vous pouvez régler ce montant par virement ou par chèque à l'ordre de l'AFVD.

Une fois votre cotisation acquittée, un reçu de don aux œuvres vous sera adressé dans nos meilleurs délais.

En plus de mon adhésion, je souhaite soutenir les actions de l'AFVD en faisant une donation de €

Bulletin d'adhésion à renvoyer à l'adresse suivante :

AFVD

5 rue Marcel BEAU

79200 PARHENAY