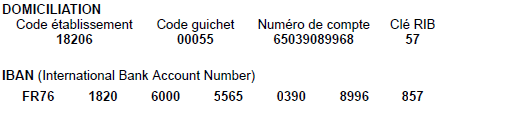
**Association de patients atteints de**

**DISSECTION AORTIQUE (ADA)**

**Cotisation d’adhésion** (à remettre à l’adhérent)

Reçue la somme de ….. €, au titre de la cotisation …..

Espèces  Chèque Virement



De Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel :

Email :

Je suis :

* Un patient atteint de la maladie :
* Un proche / membre de la famille :
* Médecin, étudiant en médecine, professionnel de santé :
* Autre :

Ce versement donne à l’adhérent la qualité de

Membre1 : Actif :  Bienfaiteur :

Il ouvre droit à la participation à l’assemblée générale de l’association et *le cas échéant* à l’avantage fiscal prévu à l’article 199 du CGI pour lequel un reçu fiscal sera adressé.

Fait en à le . . / . . / . . . .

Le Président

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l’association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l’adhérent bénéficie d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : **contact@dissectionaortique.fr**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bulletin d’adhésion** (à conserver par l’association)

M.  Mme Mlle1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél.fixe/port. :

E-mail :

N° de chèque : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date d’adhésion: Durée de l’adhésion :

Montant de la cotisation acquittée :

L’adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l’objet associatif, des statuts et du règlement intérieur, et déclare vouloir adhérer à l’association ADA – Association Dissection Aortique.

Fait en à le . . / . . / . . . .

L’adhérent

En signant ce formulaire, vous acceptez que l’Association Dissection Aortique mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire dans le but d’améliorer votre expérience et vos interactions avec elle. En l’occurrence, vous autorisez l’Association Dissection Aortique à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses projets, ses événements, ses campagnes de renouvellement d’adhésion et appels à dons via les coordonnées collectées dans le formulaire.

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l’Association Dissection Aortique s’engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d’autres entités, entreprises ou organismes, quels qu’ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données. Votre consentement sera explicitement demandé lorsque vos coordonnées auront vocation à être partagées »

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l’association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l’adhérent bénéficie d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui le concerne. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : **contact@dissectionaortique.fr**