



## 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