ABP Wilson France

Année : _____

BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHÉSION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/_____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone : _____ Email : _____@_____

Cocher la ou les cases correspondantes :

☐ Je souhaite adhérer ou ré-adhérer à l'ABP WILSON France en tant que :

☐ Membre ordinaire : 25 euros ☐ Membre bienfaiteur : 150 euros

☐ Je souhaite faire un don, en plus de mon adhésion, d'un montant de : _____ €.

☐ Je souhaite faire un don exceptionnel de _____€.

- Votre cotisation ainsi que vos dons éventuels ouvrent droit à une réduction d'impôt. Une facture faisant office de reçu fiscal vous sera automatiquement envoyée par e-mail au mois de novembre.
- Vous pouvez régler par carte bancaire, virement ou chèque directement sur notre site www.abpmaladiewilson.fr via le bouton "Adhérer / Se connecter". (En cas de paiement par virement ou chèque, les coordonnées bancaires et postales vous seront communiquées après la sélection de votre mode de règlement).
- Vous préférez ne pas adhérer en ligne ? Contactez Jérôme Courteaud par mail à tresorier@abpmaladiewilson.fr

Quel est votre lien avec la maladie de Wilson ?

☐ Je suis patient

☐ Je suis de la famille ou aidant

☐ Autre : _____

Comment avez-vous connu l'association ? ☐ Lors d'une consultation ☐ Site ABP Wilson / Réseaux sociaux ☐ Bouche à oreille ☐ Autre _____

J'accepte de recevoir mon relevé fiscal par mail communiqué ci-dessus : ☐ Oui ☐ Non (je fournis une enveloppe timbrée)

Souhaitez-vous devenir délégué(e) régional ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Souhaite être recontacté

Je donne mon consentement pour recevoir de la part de l'ABP WILSON France : ☐ des informations ☐ uniquement le bulletin annuel ☐ aucune information

En cochant la case "des informations", vous acceptez que l'ABPWILSON France utilise vos données personnelles collectées dans le but d'améliorer votre expérience et vos interactions avec ses services. Vous autorisez l'ABP WILSON France à communiquer occasionnellement avec vous pour vous informer des dernières actualités, de ses actions, de ses appels au don. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'ABP WILSON France s'engage à ne pas divulguer, ni transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'ils soient. Conformément au RGPD et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition ou de suppression de vos données en contactant la présidente de l'association par mail (presidence@abpmaladiewilson.fr) ou par courrier à l'adresse suivante : Anne-Gaëlle SALMON – 24 rue de la Rhélie – 27310 St Ouen de Thouberville

Date : _____ Signature :

ABP Wilson France