

SPASAD
Service de Soins Infirmiers à Domicile
Équipe Mobile Spécialisée Alzheimer à Domicile
Accueil de jour « Le Jardin d'Hiver »

BULLETIN D'ADHESION 2019

Bénéficiaire : M. Mme Mlle

Adresse :

Code postal :..... Commune :.....

Tel :..... Email :.....

Je souhaite recevoir les documents afférents à la vie de l'association (convocation assemblée générale...)

par : **Email** ou **Courrier**

Je déclare solliciter mon adhésion à l'association :

Soins Prévention Accompagnement à Domicile

En tant que membre :

Adhérent en espèce en chèque
(cotisation à 10€)

Je souhaite faire un don de €

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association, textes dont il m'a été remis un exemplaire (à réclamer au secrétariat si besoin).

Je m'engage à en respecter les règles.

Fait à le

Signature précédée de la mention
«Lu et approuvé »

Note d'information : 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 de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.