ADHÉSION À L'AFH

JE SUIS

☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Date de naissance : ...../...../.....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail : .....@.....

Vos reçus fiscaux vous seront envoyés par e-mail.

Merci de nous donner quelques informations complémentaires.

Mes centres d'intérêts :

- ☐ Hémophilie
- ☐ Pathologies plaquettaires
- ☐ Seniors (45 et +)
- ☐ Parents de jeunes enfants
- ☐ Maladie de Willebrand
- ☐ Jeunes adultes (18-30 ans)
- ☐ Femmes
- ☐ Adolescents (14-17 ans)
- ☐ Santé publique
- ☐ Activités physiques
- ☐ Bénévolat
- ☐ Recherche sur la maladie
- ☐ Inhibiteurs
- ☐ Politique du Médicament
- ☐ Autres troubles de la coagulation
- ☐ Outre-Mer
- ☐ Actions internationales
- ☐ Digitilisation et Innovation

Je souhaite recevoir :

AFH La revue : Oui, par : ☐ E-mail ☐ Courrier ☐ Non

Informations AFH : Oui, par : ☐ E-mail ☐ Courrier ☐ Non

Informations Comités : Oui, par : ☐ E-mail ☐ Courrier ☐ Non

Newsletter électronique : ☐ Oui ☐ Non

Informations FRH : Oui, par : ☐ E-mail ☐ Courrier ☐ Non

Rapport Activités & Financier : Oui, par : ☐ E-mail ☐ Courrier ☐ Non

Vote électronique : ☐ J'accepte ☐ Je n'accepte pas

Association française des hémophiles

Coordonnées des enfants :

1er enfant Prénom / Nom : ..... Date de naissance : ..... E-mail* : .....

2e enfant Prénom / Nom : ..... Date de naissance : ..... E-mail* : .....

3e enfant Prénom / Nom : ..... Date de naissance : ..... E-mail* : .....

* Uniquement **pour les + de 15 ans** (avec leur accord) et s'il souhaite recevoir la newsletter.

J'ADHÈRE

L'adhésion est valable pour **1 personne et ses enfants mineurs**, du 1er janvier au 31 décembre de l'année en cours. Toutefois, l'adhésion est ouverte à partir de 16 ans. Pour les couples, merci de remplir 2 bulletins d'adhésion, L'adhésion inclut l'abonnement à la revue « AFH La revue » (4 numéros par an).

ADHÉSION 20€ ☐

CECI EST MA 1ÈRE ADHÉSION ☐

Adhésion également possible en ligne : www.afh.asso.fr

J'envoie mon chèque à :

MON COMITÉ RÉGIONAL*

.....

OU Association française des hémophiles
CPAM de Paris
75948 Paris CEDEX 19

* Trouvez l'adresse de votre comité sur www.afh.fr

JE FAIS UN DON POUR L'AFH

Pour permettre à l'AFH d'accompagner les patients et leur famille dans leur quotidien avec la maladie, **je fais un don de :**

- ■ **40€** 13,60€ après déduction fiscale
- ■ **60€** 20,40€
- ■ **100€** 34€
- **Autre montant :** ..... €

Je joins un chèque du montant global **(adhésion et/ou don)** à l'ordre de l'**AFH**

TOTAL : ..... €**

JE FAIS UN DON À LA RECHERCHE

Je joins un chèque à l'ordre du FRH
(Fonds de dotation de recherche en hémophilie)

- ■ **50€**** 17€ après déduction fiscale
- ■ **150€**** 51€
- ■ **300€**** 102€

Autre montant : ..... €**

J'envoie mon chèque à l'ordre du FRH à :
Association française des hémophiles - FRH
CPAM de Paris - 75948 Paris CEDEX 19

Fonds de dotation pour la recherche sur l'hémophilie

**Vous recevrez par voie postale ou par email, au début de l'année prochaine, un reçu fiscal qui vous permettra de réduire vos impôts de 66% du montant de votre don, dans la limite de 20% de vos revenus.

En signant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies dans ce formulaire soient utilisées, exploitées, traitées pour permettre de me recontacter dans le cadre de cette inscription et de la relation, qui découle de cette adhésion. Les données personnelles recueillies sur ce formulaire sont destinées à l'Association Française des Hémophiles, à son Fonds de dotation, le FRH et à ses prestataires sous-traitants, à des fins de traitement de votre don, d'émission de votre reçu fiscal, d'appel à votre générosité, d'envoi d'informations sur notre association et les maladies hémorragiques rares. Elles sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités antérieurement citées. Conformément au RGPD et à la Loi Informatique et Libertés, vous disposez de droits sur vos données : accès, rectification, suppression, limitation, portabilité et opposition que vous pouvez exercer en nous envoyant un mail à : dpdp@afh.asso.fr ou par courrier CPAM de Paris - 75948 Paris CEDEX 19

Fait à ..... Signature obligatoire

Le .....

BA062022-AFH-001