

APCLP 13, rue des deux communes Année 2 0 2 3

86180 BUXEROLLES

**Bulletin (cocher svp)**

**Adhésion Renouvellement**

**NOM : ………………………….**. **Prénom :………………………**

.

**Adresse :………………………………………………………………**

**Code postal :……….....Ville : ..........................................................**

**Adresse e-.mail : (important) :………………………………………………………… Tél. fixe :………………………mobile : ………………………………..**

**Date de naissance :……../……/………**

Traitements et dates d’intervention :

**Chirurgie**:..……...................................................……………………. C**uriethérapie** (préciser iode 125 ou Haut Débit)…*………………………..*

**Radiothérapie** (nombre de séances) *………………………………...……*

**Hormonothérapie** (durée)……………………………………………… **Autres , attente de choix** (à préciser) ……………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….…. ………………………………………………………………..

**Commentaires éventuels sur votre état de santé actuel :** ………………………………………………………………………………….................................................................................................................. ……………………………………………………………………………………Dans un esprit de solidarité, je suis **volontaire** pour témoigner par téléphone du vécu de mon traitement et de mon ressenti, afin d’aider ainsi d’autres patients en demande d’informations.

OUI NON ( entourer la réponse )

je suis seulement " adhérent sympathisant " OUI

Date et **signature** (obligatoire.)

Pourquoi être volontaire pour témoigner ?

Afin de permettre à chaque adhérent, volontaire pour témoigner téléphoniquement du vécu de son ou ses traitements, les membres du bureau mettent en relation les volontaires avec les patients demandeurs de renseignements sur les différentes thérapies.

Vous avez bénéficié de témoignages, à votre tour de rendre le service. Soyons solidaires. Il est nécessaire que les patients nouvellement traités, adhèrent et soient volontaires pour témoigner, car les techniques et les pratiques évoluent ; alors, les témoignages doivent être actualisés.

De plus, la qualité d’adhérent à l’APCLP, vous permet d’être informé de l’évolution des traitements innovants, notamment en cas de récidive.

Le Conseil d'Administration

**COTISATION / DON**

**-------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La participation de base annuelle a été fixée à 30 euros minimum** par la dernière Assemblée Générale, avec la possibilité de la réduire à **11 euros** en joignant la copie du certificat de non-imposition sur vos revenus .

**Elle est à régler par chèque libellé à l’ordre de l’APCLP ou par virement** selon les références suivantes : **APCLP - IBAN : FR76 1940 6000 0367 1942 6228 856** ( BIC AGRIFRPP894 ) **Ne pas omettre d’indiquer votre NOM et PRENOM**

Bulletin et chèque sont à adresser au Trésorier :

* Claude DEMARS 12 Allée de la Pléiade 86000 POITIERS

Il vous sera adressé une carte d'adhérent ou une vignette de l'année et un reçu fiscal qui vous permettra de bénéficier d'une **réduction d'impôt de 66% du montant de votre versement.**

Une cotisation/don plus importante, augmentera en conséquence votre réduction d’impôt. Merci.