

## BULLETIN D'ADHÉSION

*L'adhésion est valable un an à partir de la date de cotisation.*

Première adhésion

Renouvellement d'adhésion

Je, soussigné(e) :  Mme  M.  Autre : .....

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Date de naissance : .....

*Obligatoire pour les professionnels de santé, de l'action sociale ou assimilés.*

*Facultatif*

Souhaite :

Adhérer à l'Association REVIVRE-FRANCE en tant que

➤ **Membre adhérent** : réservé aux souffrants !

Cotisation annuelle de **30 euros** : pour accéder à toutes les activités de l'association.

Cotisation annuelle réduite de **20 euros** : un justificatif vous sera demandé.

*Je déclare être : bénéficiaire d'une Pension d'Invalidité, de l'AAH ou du RSA /  
demandeur d'emploi / étudiant / en arrêt maladie avec réduction de salaire.*

Cotisation annuelle « tarif visio » de **15 euros** : pour accéder uniquement aux visioconférences.

➤ **Membre sympathisant** : destiné aux souffrants, anciens souffrants, proches, professionnels de la santé, ...

Cotisation annuelle de **10 euros** : pour soutenir l'association sans participer aux activités.

➤ **Membre bienfaiteur** : destiné aux particuliers, associations, organisations, entreprises, ...

Cotisation supérieure ou égale à **300 euros** : pour favoriser le développement de Revivre-France.

Faire un don à l'association de : .....

**Je verse la somme totale de :** .....

En espèces (possibilité de paiement fractionné, s'adresser à un membre du Bureau)

Par carte bancaire depuis le site internet de l'association (un paiement en 2 fois est possible)

Par chèque à l'ordre de Revivre-France.

Montant : ..... Banque : ..... N° chèque : .....

*Si paiement échelonné : Montant 2 : ..... Banque : ..... N° chèque : .....*

*Montant 3 : ..... Banque : ..... N° chèque : .....*

**Informations complémentaires :**

Je suis :  Souffrant \*  Ex-souffrant \*  Non souffrant

\* **Type d'anxiété (facultatif) :**

Trouble d'Anxiété Généralisée  Phobie Sociale  Trouble Panique  Agoraphobie

Autre : .....

**Je m'engage à respecter la Charte, le Règlement Intérieur et les Statuts de l'association.**

Fait à ....., le .....

**Signature**