

## JE SUIS

Madame  Monsieur

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse : .....

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

Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Obligatoire pour recevoir les informations de l'AFH.

Merci de nous donner quelques informations complémentaires.

### Mes centres d'intérêts :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hémophilie                 | <input type="checkbox"/> Activités physiques               |
| <input type="checkbox"/> Pathologies plaquettaires  | <input type="checkbox"/> Bénévolat                         |
| <input type="checkbox"/> Seniors (45 et +)          | <input type="checkbox"/> Recherche sur la maladie          |
| <input type="checkbox"/> Parents de jeunes enfants  | <input type="checkbox"/> Inhibiteurs                       |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Willebrand      | <input type="checkbox"/> Politique du Médicament           |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adultes (18-30 ans) | <input type="checkbox"/> Autres troubles de la coagulation |
| <input type="checkbox"/> Femmes                     | <input type="checkbox"/> Outre-Mer                         |
| <input type="checkbox"/> Adolescents (14-17 ans)    | <input type="checkbox"/> Actions internationales           |
| <input type="checkbox"/> Santé publique             | <input type="checkbox"/> Digitalisation et Innovation      |

### Je souhaite recevoir :

- |                           |   |                                 |   |
|---------------------------|---|---------------------------------|---|
| AFH La revue :            | Oui, par <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Non | Informations FRH :              | Oui, par <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Non |
| Informations AFH :        | Oui, par <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Non | Rapport Activités & Financier : | Oui, par <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Non |
| Informations Comités :    | Oui, par <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/> Non | Vote électronique :             | <input type="checkbox"/> J'accepte <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas                            |
| Newsletter électronique : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |                                 |   |



Association française des hémophiles

### Coordonnées des enfants :

- |                              |                      |                           |                 |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------|
| <b>1<sup>er</sup> enfant</b> | Prénom / Nom : ..... | Date de naissance : ..... | E-mail* : ..... |
| <b>2<sup>e</sup> enfant</b>  | Prénom / Nom : ..... | Date de naissance : ..... | E-mail* : ..... |
| <b>3<sup>e</sup> enfant</b>  | 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 1<sup>ÈRE</sup> ADHÉSION



Adhésion également possible en ligne : [www.afh.asso.fr](http://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 la dernière page de la revue.

## 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 :**

- |                                |                                |                                 |                          |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> 40€** | <input type="checkbox"/> 60€** | <input type="checkbox"/> 100€** | Autre montant :          |
| 13,60€                         | 20,40€                         | 34€                             | <input type="text"/> €** |
| après déduction fiscale        |                                |                                 |                          |

TOTAL :  €\*\*

Don possible en ligne : [www.afh.asso.fr](http://www.afh.asso.fr)

Je joins un chèque du montant global (adhésion et/ou don) à l'ordre de l'AFH et je l'envoie à Association française des hémophiles - CPAM de Paris - 75948 Paris CEDEX 19

## JE FAIS UN DON À LA RECHERCHE

Je joins un chèque à l'ordre de la Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau

- |                                |                                 |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 50€** | <input type="checkbox"/> 150€** | <input type="checkbox"/> 300€** |
| 17€                            | 51€                             | 102€                            |
| après déduction fiscale        |                                 |                                 |

Autre montant :  €\*\*

Je joins un chèque à l'ordre de la Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau à Association française des hémophiles - CPAM de Paris 75948 Paris CEDEX 19

\*\*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 sa Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau 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 : [dmdp@afh.asso.fr](mailto:dmdp@afh.asso.fr) ou par courrier AFH CPAM de Paris - 75948 Paris CEDEX 19.

La Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau collecte et traite de manière informatisée les informations que vous lui transmettez afin de traiter votre don et de vous envoyer votre reçu fiscal, ainsi que pour vous communiquer des informations en lien avec ses missions ou pour faire appel à votre générosité. Le traitement de vos données répond à une obligation légale en matière d'émission de reçus fiscaux et relève de l'intérêt légitime poursuivi par la Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau. Conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données, et à la loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'opposition. Vous pouvez aussi accéder aux données vous concernant et demander leur rectification et leur effacement. Vous avez enfin la possibilité d'exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données et du droit d'organiser le sort de vos données post-mortem. Les données recueillies via le bulletin de soutien sont réservées à l'usage de la Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau aux seules fins définies et sont conservées pour la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées. Les données enregistrées ne peuvent être communiquées qu'à la Fondation de France, et le cas échéant, à ses partenaires ou prestataires soumis au respect des règles de protection des données. Pour exercer vos droits, vous devez vous adresser à [fondationhenrichaigneau@afh.asso.fr](mailto:fondationhenrichaigneau@afh.asso.fr) ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce cadre, au Délégué à la protection des données de la Fondation de France à [dpo@fdf.org](mailto:dpo@fdf.org). Vous pouvez adresser une réclamation - en ligne ou par voie postale - auprès de la CNIL si vous estimez - après avoir contacté la Fondation pour l'hémophilie et les maladies hémorragiques rares - Henri Chaigneau - que vos droits ne sont pas respectés ou que le traitement mis en œuvre n'est pas conforme aux règles de protection des données. Votre adresse postale nous a été fournie par l'Association française des hémophiles.

Fait à ..... Signature (obligatoire)  
Le .....