

JE SUIS

Madame Monsieur

Prénom :

Nom :

Adresse :

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

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

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

Je souhaite recevoir la newsletter mensuelle et être invité(e) aux événements en fonction de mes centres d'intérêts :

.....@.....

Je souhaite recevoir AFH, la revue par : E-mail Courrier

Merci de nous donner quelques informations complémentaires.

Mes centres d'intérêts :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hémophilie | <input type="checkbox"/> Adolescents (14-17 ans) |
| <input type="checkbox"/> Pathologies plaquettaires | <input type="checkbox"/> Santé publique |
| <input type="checkbox"/> Seniors (45 et +) | <input type="checkbox"/> Kinésithérapie |
| <input type="checkbox"/> Parents de jeunes enfants | <input type="checkbox"/> Bénévolat |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Willebrand | <input type="checkbox"/> Recherche sur la maladie |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adultes (18-30 ans) | <input type="checkbox"/> Inhibiteurs |
| <input type="checkbox"/> Femmes | |



AIDER LA VIE ET PORTER LA VOIX

des personnes vivant avec une maladie hémorragique rare

J'ADHÈRE

L'adhésion est valable pour **1 personne et ses enfants mineurs**, du 1^{er} 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^{ÈRE} ADHÉSION

J'envoie mon chèque à l'**AFH RHÔNE-ALPES**

**Chez Francis GRESS
12 rue Paul Bernascon
38 230 CHARVIEU-CHAVAGNEUX**

Adhésion également possible en ligne : www.afhrhonealpes.fr ou www.afh.asso.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€ après déduction fiscale
 ■ **100€** 34€ après déduction fiscale
 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€ après déduction fiscale
 ■ **300€**** 102€ après déduction fiscale

Autre montant : €**

J'envoie mon chèque à l'ordre du FRH à :
**Association française des hémophiles - FRH
 6 rue Alexandre Cabanel - 75015 Paris**



**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 : dppd@afh.asso.fr ou par courrier 6, rue Alexandre Cabanel 75015 Paris

Fait à Signature obligatoire
 Le