



BULLETIN D'ADHESION 2018

Les buts de l'association Syndrome de Kleine-Levin sont de permettre aux malades et à leurs familles de ne plus rester seuls face à cette maladie rare, de faciliter le diagnostic, d'aider la recherche et de mieux faire connaître la maladie.

Vous êtes atteint du syndrome de Kleine-Levin, vous êtes parents, amis et vous souhaitez participer à la vie de l'association et/ou soutenir ses objectifs et son action..

Merci de compléter votre bulletin d'adhésion et/ou le bulletin de don et de l'envoyer accompagné de votre règlement à :

Nicole MESSARD (trésorière) : 3 route des Berteteries – 44860 Saint-Aignan de Grand Lieu

- par chèque à l'ordre de l'Association Syndrome de Kleine-Levin

- par virement au compte bancaire : Crédit Mutuel - RIB : 10278 02191 00020199501 02

- IBAN : FR76 1027 8021 9100 0201 9950 102

(dans ce cas, merci d'envoyer tout de même votre bulletin complété à l'adresse mentionnée ci-dessus)

.....
Je désire adhérer à l'association Syndrome de Kleine-levin

Adhésion malade (+16 ans)

NOM.....Prénom.....

Adresse

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

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de

5,00 €

Adhésion parent (conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, fils, fille) (*souligner la mention adéquate*)

NOM.....Prénom.....

Adresse

Code postal.....Ville.....

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*)

20,00 €

Adhésion parent (conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, fils, fille) (*préciser*)

NOM.....Prénom.....

Adresse

Code postal.....Ville.....

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*) **20,00 €**

Adhésion famille, amis (*sans droit de vote à l'Assemblée générale*)

NOM.....Prénom.....

Adresse

Code postal.....Ville.....

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*) **20,00 €**

Adhésion famille, amis (*sans droit de vote à l'Assemblée générale*)

NOM.....Prénom.....

Adresse

Code postal.....Ville.....

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*) **20,00 €**

.....

Je désire soutenir l'action de l'association Syndrome de Kleine-Levin

NOM.....Prénom.....

Adresse

Code postal.....Ville.....

Courriel.....tél :

Ci-joint à cet effet mon don d'un montant de..... €

Date, signature

Total€

L'association Syndrome de Kleine-levin est reconnue d'intérêt général.

En application des articles 200 (particuliers) et 238bis (entreprises) du code général des impôts, l'association peut bénéficier du régime des dons, permettant aux donateurs une réduction d'impôt (66%) sur la cotisation et les dons, à partir de la délivrance d'un reçu fiscal.

Je souhaite recevoir un reçu fiscal pour mes versements.....oui.....non