



BULLETIN D'ADHESION 2023

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 d'une personne atteinte et vous souhaitez participer à la vie de l'association et/ou soutenir ses objectifs et son action... rejoignez-nous !

Complétez le bulletin d'adhésion et/ou de don ci-dessous et envoyez soit :

- par courrier postal accompagné de votre règlement à :

Nicole MESSARD (trésorière) : 3 route des Berteteries – 44860 Saint-Aignan de Grand Lieu
(chèque à l'ordre de l'Association Syndrome de Kleine-Levin)

- par mail à bureau@kls-france.org et virement postal (ci-dessous)

- 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 votre fiche d'adhésion par mail ou par courrier postal).

L'adhésion est valable pour l'année civile. Pour faciliter la tâche de la trésorière et continuer à recevoir nos informations, nous vous remercions de renouveler votre cotisation avant le 31 mars 2023

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, frère, soeur)

(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, frère, sœur)

(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 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 l'adhésion et les dons, à partir de la délivrance d'un reçu fiscal.

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