

ASSOCIATION DE PARKINSONIENS DU MORBIHAN

A.D.P.M

BULLETIN D'ADHESION 2020

M/MME OU MELLE

(RAYER LA MENTION INUTILE)

NOM

ADRESSE

CODE POSTAL

TELEPHONE

PRENOM

VILLE

EMAIL

DATE(S) DE NAISSANCE

(LES DEUX, SI COUPLE) MADAME :

MONSIEUR :

► SOUHAITE ADHÉRER EN TANT QUE

(COCHER LA CASE CORRESPONDANTE)

MALADE

CONJOINT

AMI(E)

COMME

ADHERENT (E).....**30 €**

COUPLE.....**47 €**

MEMBRE BIENFAITEUR.....**46 € ET PLUS**

► FAIT UN DON À L'ASSOCIATION DE.....EUROS

► M'ABONNE AU JOURNAL « LE PARKINSONIEN INDÉPENDANT » **22€**

(L'ABONNEMENT N'EST PAS COMPRIS DANS LE MONTANT DE L'ADHÉSION)

MERCI DE LIBELLER VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE DE **ADPM MORBIHAN**

ET DE L'ADRESSER À **MADAME SUZANNE COLLIN**

51 RUE DU CHÂTEAU D'EAU

56540 LE CROISTY

► DON POUR LA RECHERCHE SUR LA MALADIE DE PARKINSON, DE€ À **L'ORDRE DE CECAP RECHERCHE**, ET ADRESSÉ À MADAME COLLIN SUZANNE.

LES DONS VERSÉS POUR LA RECHERCHE OUVRONT DROIT À UNE RÉDUCTION D'IMPÔTS SUR PRÉSENTATION D'UN REÇU ÉTABLI PAR NOS SOINS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT (LA) MALADIE

AGE DÉBUT DE LA MALADIE....

PROFESSION EXERCÉE EN PÉRIODE D'ACTIVITÉ

NEUROLOGUE

MEDECIN TRAITANT.....

Si, éventuellement, vous apparaissez sur une photo de groupe lors d'une de nos rencontres, acceptez-vous qu'elle soit publiée ? oui non