BULLETIN D'ADHESION ou de DON * année civile 2027

❑ **OUI, j'adhère à l'AFD 04/05 Association des Diabétiques des Alpes du Sud.**

❑ Cotisation annuelle* individuelle (inchangé depuis 2018) ..... = **25 €**

❑ En plus de la cotisation, ou simplement, je **soutiens l'AFD 04/05** en faisant un don* de :

❑ 15€ ❑ 20€ ❑ 30€ ❑ 40€ ❑ 50€ ❑ 75€ ❑Autre.....€ **+ ..... €**

Total =..... €

*** Cotisation et dons donnent droit à une réduction d'impôts de 66 % du montant versé, dans la limite de 20% du revenu imposable.**

❑ **Souhaitez-vous un reçu fiscal ?**

Si vous le souhaitez, veuillez nous indiquer comment vous avez connu l'association :

AFD 04 05 Association des Diabétiques des Alpes du Sud

Tout âge, Tout diabète



L'AFD 04/05, 12-14 avenue Jean Jaurès chez les Mutuelles du Soleil 05 000 GAP, traite vos données à caractère personnel dans le cadre de ce formulaire d'adhésion à des fins de gestion administrative, comptable et fiscale. Afin de respecter nos obligations légales en la matière, vos données seront également traitées à des fins de fidélisation et de réactivation dans l'intérêt légitime de l'AFD 04/05, votre participation nous permettant de financer la mise en œuvre de nos missions. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des responsables de l'association et peuvent être communiquées aux sous-traitants auxquels l'association peut faire appel dans le cadre de ses traitements : hébergeurs, personnalisateurs, routeurs. Vos coordonnées ne sont ni louées, ni échangées. Si vous vous abonnez à la revue équilibre, le siège de la Fédération Française des Diabétiques, est responsable des traitements de vos données. Pour en savoir plus : www.federationdesdiatetiques.org/node/11822. Le représentant du responsable de traitement est Eric TAMAIN. Vous pouvez exercer vos droits sur vos données (information, accès, rectification, effacement, opposition, limitation, portabilité) en écrivant à AFD 04/05, 12-14 avenue Jean Jaurès chez les Mutuelles du Soleil 05 000 GAP. Conformément au droit applicable, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle.

VOS COORDONNÉES

Merci de remplir en lettres capitales

☐ M. ☐ Mme **Année de naissance :**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Bâtiment : ..... Etage : ..... Appartement : .....

Résidence : .....

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

Tél : ___.___.___.___.___ **Email** : ..... @.....

❑ J'accepte de recevoir des informations de l'AFD 04-05 par Email **SANS partages de données**.

❑ Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

❑ J'accepte que la fédération m'inscrive dans ses mailings de demandes de dons et partages de données.

Signature :

MERCI DE RENVOYER CE BULLETIN AVEC VOTRE REGLEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE A :

Association des Diabétiques des Alpes du Sud, 752 route des clôts 04140 Selonnet

Téléphone : 07 78 26 85 72