

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Mail :

J'accepte de recevoir les newsletters du mouvement

- J'adhère pour la première fois.
- Je renouvelle mon adhésion pour l'année :

La cotisation annuelle s'élève à : 20 euros.

La cotisation annuelle DE COUPLE s'élève à : 30 euros.

Nom et Prénom du/de la conjoint(e):

Mode de paiement:

- Par Chèque** à l'ordre de « **La Voix des handi-visibles** »
- Par Virement** sur le compte (**FR76 1027 8021 6200 0206 7100 103**)
- En espèces**

Le paiement peut s'effectuer en plusieurs fois.

Je souhaite soutenir **La Voix des Handi-Visibles** par une donation de:

- euros pour la Section Départementale N°
- euros pour le Bureau National.

Mode de paiement:

- Par Chèque** à l'ordre de « **La Voix des handi-visibles** »
- Par Virement** sur le compte (**A venir**)
- En espèces**

Je souhaite recevoir un reçu fiscal déductible des impôts pour ma cotisation et/ou mon don.

MERCI DE LIRE ET COCHER LES CASES OBLIGATOIRES SUIVANTES:

- Je suis une personne physique et non une personne morale.
- Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance et adhérer aux manifeste, statuts, Règlement intérieur, charte de déontologie et d'éthique du mouvement.
- J'ai compris que Les informations recueillies sont nécessaires à mon adhésion.
Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au BUREAU EXÉCUTIF NATIONAL du mouvement.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. je peux exercer ces droits en écrivant à l'adresse postale ou par courriel ci-dessous