

# BULLETIN D'ADHÉSION



Civilité\* :     Madame     Monsieur     Enfant

Nom\* : ..... Prénom\* : .....

Adresse\* :

Code postal\* :                      Ville\* :

Téléphone Portable /fixe:

Mail :

En adhérant à ASDGlut1, je déclare être avoir pris connaissance des statuts.

Je certifie que les informations d'inscription fournies sur ce bulletin sont exactes.

Cotisation annuelle :

Membre actif : 12 euros

Membre de droit\*\*  Mineur : Gratuit -  Majeur : 6 euros

Don supplémentaire : .....€

Veuillez trouver ci-joint mon règlement d'un montant de                      euros incluant le paiement de mon adhésion pour l'année en cours

-Par chèque à l'ordre de l'association ASDGlut1

A retourner par courrier à:

Association sur le Syndrome du Déficit de Glut1  
4A, Allée des Sports 64600 ANGLET FRANCE

-Par virement

IBAN: FR8720041010012132139L02260

BIC: PSSTFRPPBOR

Domiciliation: Bordeaux centre financier

Fait à :

Le :

Signature :

---

## *NOS MISSIONS*

**Partager**

**diffuser**

**communiquer**

**soutenir**

**accompagner**

**Aider**

**Réunir**

**échanger**

**Participer**

---

\*Mentions obligatoires. \*\* Porteur du déficit en Glut1.

Conformément à la loi Informatique & libertés, nous vous informons que vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art. 34 de la loi Informatique & libertés). Pour l'exercer, adressez-nous votre demande par écrit.