

Bonjour,

Vous souhaitez devenir adhérent de notre association, et nous nous en réjouissons. En effet, c'est par la force de notre collectif et la solidarité entre nous tous que nous pouvons faire avancer les sujets qui nous tiennent à cœur (reconnaissance de notre maladie, développement de la recherche, mise à disposition de vaccins sans aluminium ...).

Le montant de la cotisation annuelle, voté lors de l'Assemblée Générale du 28 mars 2015, est de **30 €** (50 € pour une adhésion de couple. 10 € pour les personnes ayant des revenus inférieurs au seuil de pauvreté soit 987 € mensuel). Merci de compléter chaque rubrique de ce formulaire, et de le renvoyer accompagné de votre chèque (établi à l'ordre de : **Association E3M**) à : **Fatiha NDOYE 24 rue de la fontaine 30250 VILLEVIEILLE.**

Beaucoup d'entre nous sont en situation financière délicate. Aussi, nous rappelons qu'il existe la possibilité de bénéficier de la gratuité totale d'adhésion, il n'y a pas de honte à cela. N'hésitez pas à contacter directement Fatiha NDoye soit par courrier, soit par mél ([fatiha34ndoye@gmail.com](mailto:fatiha34ndoye@gmail.com)). Ce qui est important pour E3M, c'est que le nombre d'adhérents augmente régulièrement, que nous soyons tous réunis au sein de notre association pour agir toujours plus.

**Pour ceux qui sont assujettis à l'impôt sur le revenu, le montant de l'adhésion est déductible des impôts au même titre que les dons, soit à hauteur de 66%.**

Si vous souhaitez faire un don en même temps que votre adhésion, vous avez la possibilité de ne faire qu'un seul chèque. Si vous faites une adhésion de couple, vous pouvez ne faire qu'un seul chèque. **Mais chaque membre du couple doit remplir la partie qui le concerne dans ce présent document.**

Bien à vous,

Pour le CA, Didier LAMBERT



Président E3M

## ADHÉSION INDIVIDUELLE - COTISATION / DON

Je souhaite adhérer en qualité de :

« **Malade** » et/ou

« **Famille ou Allié** » : voir le bas de la page

*Merci d'écrire en MAJUSCULE pour nous faciliter la retranscription dans les fichiers.*

Madame :

Monsieur :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Date de naissance : .../.../.....

Je règle ma cotisation à l'association d'un montant de : 30€  10€

Je souhaite bénéficier de la gratuité pour l'année 2018

Je souhaite donner plus et fais un don supplémentaire à l'association à hauteur de : .....€

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

*Merci d'écrire très lisiblement le bon caractère au cœur de votre email :  
point : . Tiret du 6 : - Tiret du 8 : \_ aucun caractère*

**Si vous êtes de la famille d'une personne malade, merci de préciser le nom et prénom de celle-ci :**

.....

Lien de parenté avec la personne adhérente malade : ..... (Parent/fratrie/famille)

Date :

Signature :

**Votre adhésion implique l'acceptation et le respect des statuts.**

## ADHÉSION DE COUPLE- COTISATION / DON

Nous souhaitons adhérer en qualité de couple.

- L'un de nous est « **Malade** » - Préciser qui : .....
- Nous sommes tous les deux « **membres de la Famille** » de : ..... (**Nom et Prénom de la personne adhérente**) - Lien de parenté : .....

*Merci d'écrire en MAJUSCULE pour nous faciliter la retranscription dans les fichiers.*

**Madame / Monsieur : Nom de naissance :** ..... **Prénom :** .....

**Nom d'usage :** ..... **Date de naissance :** .../...../.....

Je règle ma cotisation à l'association d'un montant de : 25€  10€

Je souhaite bénéficier de la gratuité pour l'année 2018

Je souhaite donner plus et fais un don supplémentaire à l'association à hauteur de : .....€

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

***Merci d'écrire très lisiblement le bon caractère au cœur de votre email :**  
point : . Tiret du 6 : - Tiret du 8 : \_ aucun caractère*

Date : ..... Signature : .....

**Madame / Monsieur : Nom de naissance :** ..... **Prénom :** .....

**Nom d'usage :** ..... **Date de naissance :** .../...../.....

Je règle ma cotisation à l'association à hauteur de : 25€  10€

Je souhaite bénéficier de la gratuité pour l'année 2018

Je souhaite donner plus et fais un don supplémentaire à l'association à hauteur de : .....€

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

***Merci d'écrire très lisiblement le bon caractère au cœur de votre email :**  
point : . Tiret du 6 : - Tiret du 8 : \_ aucun caractère*

Date : ..... Signature : .....

**Votre adhésion implique l'acceptation et le respect des statuts.**

### ATTESTATION(S) FISCALE(S)

Conformément à la loi, une attestation fiscale du montant global de votre règlement (adhésion-don) sera éditée au nom de la ou les personne(s) faisant acte d'adhésion et/ou de don par ce règlement.

### AUTORISATION

Autorise

N'autorise pas

Les membres du Bureau de l'Association Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages (E3M) à **communiquer mon adresse et/ou mon n° de téléphone à d'autres malades afin de rompre l'isolement.**

-----  
 Autorise sans restriction

Autorise sans restriction mais sous couvert d'anonymat

Autorise avec restrictions (l'association me contactera au cas par cas)

N'autorise pas

Les membres du Bureau de l'Association Entraide aux Malades de Myofasciite à Macrophages à utiliser les décisions administratives et/ou judiciaires me concernant afin d'aider les autres malades dans leurs démarches.

### BULLETIN D'INFORMATION

**Nous souhaitons vivement vous envoyer nos informations par voie électronique, car (outre l'intérêt écologique) c'est un gain de temps et d'argent, et cela nous permet aussi de vous tenir au courant de l'actualité de manière très fréquente. En outre, **c'est beaucoup moins fastidieux pour la personne qui en a la charge (malade elle-même de MFM)**. Si ce mode de transmission de l'information ne vous convient pas, vous pouvez le préciser ici :**

Je souhaite recevoir le bulletin d'information par voie postale

Je ne souhaite pas recevoir le bulletin d'information