

BULLETIN D'ADHÉSION

Être adhérent

C'est soutenir l'action forte de l'association en faveur des patients atteints d'un DIP.

C'est donner plus de poids à l'association auprès des institutions, et de nos différents partenaires.

C'est pérenniser les missions de l'association IRIS :

- Informer et soutenir les familles
- Favoriser le diagnostic
- Représenter les patients auprès des instances publiques et privées
- Promouvoir le don de sang et de moelle osseuse

ÉTAPE 1 - J'ADHÈRE

Le montant de l'adhésion est de 25 €, il est déductible de vos impôts. Vous pouvez également ajouter un don complémentaire également déductible. *Vos dons sont déductibles des impôts à hauteur de 66%, dans la limite de 20% de votre revenu imposable.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 25 € | <input type="checkbox"/> 50 € |
| <input type="checkbox"/> 75 € | <input type="checkbox"/> 100 € |
| <input type="checkbox"/> 150 € | <input type="checkbox"/> Autre montant : € |
| <input type="checkbox"/> Première adhésion | <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Madame |

Nom Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

JE SUIS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> un patient touché par un DIP | <input type="checkbox"/> un membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> un parent ou représentant légal | <input type="checkbox"/> un sympathisant |

J'ACCEPTÉ...

- ...que mes coordonnées soient éventuellement communiquées
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> à un représentant d'IRIS | <input type="checkbox"/> à d'autres familles |
|---|--|

Votre adhésion comprend l'abonnement à notre publication « Le Fil d'IRIS »

Je souhaite la recevoir :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> par courrier | <input type="checkbox"/> par mail |
|---------------------------------------|-----------------------------------|

ÉTAPE 2 - MES INFORMATIONS

Ces informations sont importantes pour l'action de l'association, merci de les compléter.

Nom et prénom de la personne touchée

Date de naissance Année du diagnostic

Nom du déficit immunitaire

Centre hospitalier de référence

Nom du médecin référent

Principaux traitements :

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Corticoïdes |
| <input type="checkbox"/> Antifongiques | <input type="checkbox"/> Neupogen |
| <input type="checkbox"/> Immunoglobulines | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % ? oui non

Bénéficiez-vous d'une prestation sociale ? oui non

Bénéficiez-vous d'un taux d'invalidité reconnu ? oui non

ÉTAPE 3 - MON PAIEMENT

Membres adhérents supplémentaires à la même adresse : 25 € X

Nom et prénom Nom et prénom

Nom et prénom Nom et prénom

Nom et prénom Nom et prénom

Ci-joint un chèque global de €

Une autre forme de soutien

Le livret de pâtisseries « Gourmandises de blogueurs *»

édité à l'occasion de la semaine mondiale des DIP,

12 recettes, 12 DIP..... x 10 € = €

Merci de votre participation aux frais de port (+ 4.90 €)

TOTAL €

* Cet article est en vente au seul profit d'IRIS dans la limite des stocks disponibles.

L'achat de ces articles n'est pas assimilable à un don et ne donne pas droit à la déduction d'impôts.



Merci de retourner ce bulletin et le règlement à l'ordre d'IRIS : 195 avenue Victor-Hugo - 54200 TOUL
(pour toute réception de don, un reçu vous sera renvoyé).

Conformément à la loi française N78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (CNIL), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant en vous adressant à IRIS.

IRIS - Immunodéficience primitive, Recherche, Information, Soutien - 195 avenue Victor-Hugo - 54200 TOUL

Tél. : 03 83 64 09 80 - e-mail : info@associationiris.org - www.associationiris.org

Reconnue d'utilité publique par décret du 10 août 2007 J.O n° 187