2016 • valable 12 mois

ASSOCIATION DE PATIENTS
DÉFICITS IMMUNITAIRES PRIMITIFS

BULLETIN D'ADHÉSION ET DE DON
ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

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.

Faire un don
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 - **JE FAIS UN DON À IRIS**

Votre premier don de l'année comprend, sauf avis contraire de votre part, un montant d'adhésion de 25 €, également déductible de vos impôts. *Vos dons sont déductibles des impôts à hauteur de 66 %, dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.*

❑ 25 €
❑ 50 €
❑ 75 €
❑ 100 €
❑ 150 €
❑ Autre montant : ..... €

ÉTAPE 2 - **MES INFORMATIONS**

❑ Première adhésion
❑ Renouvellement
❑ Monsieur
❑ Madame

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... E-mail .....

JE SUIS
❑ Un patient touché par un DIP
❑ Famille
❑ Un parent ou représentant légal
❑ Sympathisant

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

2016 • valable 12 mois

ASSOCIATION DE PATIENTS
DÉFICITS IMMUNITAIRES PRIMITIFS

BULLETIN D'ADHÉSION ET DE DON
ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

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 :

❑ Antibiotiques ❑ Corticoïdes

❑ Antifongiques ❑ Neupogen

❑ Immunoglobulines .....

❑ 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

J'ACCEPTE... ...que mes coordonnées soient éventuellement communiquées

❑ à un représentant d'IRIS ❑ à d'autres familles

ÉTAPE 3 - **MON PAIEMENT**

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

Je souhaite la recevoir :

❑ par courrier ❑ par mail

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 ..... €

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