

À retourner à :

FRANCE ALZHEIMER LOIRE-ATLANTIQUE
8 RUE ARSÈNE LELOUP
44100 NANTES

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Ville

☎ fixe

☎ portable

@

Je vous adresse mon adhésion:

de couple d'un montant de 42 €

individuelle d'un montant de 34 €

à laquelle je joins un DON de €

soit la somme totale de €

Je règle :

par chèque à l'ordre de France Alzheimer 44

En application de la RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant, en vous adressant à notre association.

Les cotisations sont déductibles des impôts sur le revenu à hauteur de 66%. Un reçu fiscal vous sera adressé prochainement.

Merci de répondre aux questions posées au verso.

Les réponses aux questions suivantes nous permettront de vous apporter l'aide et les informations spécifiques à vos besoins :

Renseignements concernant l'ADHÉRENT(E)

• Avez-vous dans votre famille, une personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER ou de troubles apparentés ?

OUI

NON

• Lien ou parenté avec la personne malade

.....

Renseignements concernant la PERSONNE MALADE

• Âge :

Vit à son domicile : (si oui, indiquer la ville)

.....

Va entrer en institution

Vit en institution, à

France Alzheimer Loire-Atlantique est adhérente à l'Union Nationale des associations France Alzheimer agréée par le Comité de la Charte du don en confiance.



www.francealzheimer.org/loireatlantique/

UN MALADE, C'EST TOUTE UNE FAMILLE QUI A BESOIN D'AIDE