

UNION DES ASSOCIATIONS FRANÇAISES DE LARYNGECTOMISÉS ET MUTILÉS DE LA VOIX

Reconnue d'utilité publique

43 rue de Pommard
75012 - PARIS



www.mutiles-voix.com

par décret du 10 janvier 1969

Téléphone : 01.42.33.16.86
e-mail : uaflmv@orange.fr

DÉCLARATION D'ADHÉSION à adresser à :
(l'association de votre région)

M Mme Nom (en capitales) :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

E-mail :

Déclare adhérer à l'association en qualité de membre :

Actif (opéré)

Sympathisant

En soumettant cette déclaration d'adhésion j'accepte que les informations recueillies dans ce formulaire soient utilisées, traitées pour permettre mon adhésion à l'association, pour me contacter, pour m'envoyer le journal trimestriel. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent.

J'accepte

Je n'accepte pas

Sauf dénonciation de ma part avant le 1^{er} novembre de l'année en cours, cette adhésion sera renouvelée par tacite reconduction sous réserve pour moi du paiement annuel de son montant.

Je règle ma cotisation à l'association régionale dont je dépends par :

Chèque bancaire

Espèces

Fait à :

le :

Signature :

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR LES MEMBRES ACTIFS

Date de naissance :

Date de l'opération :

Situation : marié veuf célibataire autres

Nombre d'enfant à charge :

Nationalité :

Lieu de l'intervention : Ville :

Établissement :

Implant phonatoire

OUI

NON

Profession ou fonction avant l'intervention :

Retraité-Sans emploi, votre ancienne profession :

Vos remarques éventuelles :

.....
.....
.....
.....
.....