

Association Française des Malades Atteints du Syndrome d'Algodystrophie

Association Loi 1901 enregistrée en préfecture du Rhône le 01/09/2006 sous le numéro W691065383

Information identifiant l'adhérent

Nom			
Prénom			
Adresse			
Code postal		Ville	
Téléphone fixe		Téléphone Portable	
Adresse e-mail			
Forum AFMASA : Pseudo utilisé			
<input type="checkbox"/> Première adhésion	<input type="checkbox"/> Réadhésion : Numéro d'adhérent :		

Comment nous avez vous connu ?

Par Internet : Par un membre de l'association : Autre :

Type de membre adhérent :

Rappel :

- Sont considérés comme membres actifs les membres atteints ou ayant été atteint d'une algodystrophie
 - Tous les autres adhérents sont considérés comme membres bienfaiteurs
- (cocher la case correspondante)

Membre Actif Membre Bienfaiteur

Montant de la cotisation pour la période du 1er septembre 2009 au 1^{er} septembre 2010.

Rappel :

- Aucun prorata temporis ne sera effectué dans le cas d'une adhésion en cours de période
 - La cotisation est fixée à 10 Euros quelque soit le type de membre.
 - Une exception est cependant faite pour les conjoints des membres actifs, qui sont acceptés comme membres bienfaiteurs moyennant une cotisation symbolique de 1 Euro.
 - Tout membre peut effectuer un don en plus de sa cotisation.
 - Chèque libellé à l'ordre de AFMASA
- (cocher la case correspondante)

- Cotisation Membre Actif : 10 Euros Don de Euros
 Cotisation Membre Bienfaiteur : 10 Euros Don de Euros
 Cotisation Membre Bienfaiteur « conjoint » : 1 Euro Don deEuros
Nom du conjoint « membre actif » :

Information concernant le membre actif (facultatif) :

Date d'apparition de la maladie :

Circonstances d'apparition de la maladie : (accident, opération, etc...)

Membres impactés (membres supérieurs, membres inférieurs, ...)

Remarques :

Je reconnais avoir pris connaissance des Statuts et du Règlement Intérieur.

Fait à leSignature