

Vos coordonnées *Merci de remplir ce Bulletin de manière très lisible*

M / Mme / Mlle Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville : _____

Pays (si résident hors de France) : _____

Date de naissance ____/____/____ ☎ ____/____/____ Mobile ____/____/____

Email : _____

Votre règlement

- › Le versement de votre adhésion doit parvenir au Trésorier avant la fin du 1er trimestre de l'année en cours, pour lui permettre d'établir un Budget prévisionnel.
- › L'Adhésion est effective à compter de la date du règlement. Elle est valable jusqu'à la fin de l'année civile en cours.
- › Un Reçu Fiscal vous sera adressé après clôture de l'exercice comptable, au début de l'année suivante.

<input type="checkbox"/> MEMBRE	Adhésion ASL et Abonnement Revue Associative SPASTIC	35 Euros
	Don supplémentaire	Euros
<input type="checkbox"/> DONATEUR	Don	Euros
Total de la somme versée		Euros

Je règle mon adhésion/don par un CHEQUE BANCAIRE d'un montant deEuros

- › à l'ordre de l'ASL-HSP France, je l'adresse avec mon bulletin d'adhésion au Trésorier de l'Association*

Je règle mon adhésion/don par un VIREMENT SEPA d'un montant deEuros

- › À l'Association STRUMPELL- LORRAIN IBAN : FR26 2004 1010 0405 6151 4E02 547 – BIC : PSSTFRPPDIJ
- › En date du _____ Référéncé _____
- › J'adresse un mail au Trésorier* pour l'informer du virement et je lui envoie le bulletin d'adhésion par courrier ou mail

* **Trésorier de l'ASL-HSP France : Jean Pierre BLOIS**

16 Sentier de Hordain - 59111 BOUCHAIN (France)

☎ 03 27 26 17 50 / mobile : 06 85 13 37 83 / mail : jean-pierre.blois@orange.fr

Renseignements confidentiels

Les renseignements que vous voudrez bien nous transmettre resteront confidentiels.

Ces informations (facultatives) nous sont utiles,

1. Pour permettre à l'Association d'évaluer la fréquence des gènes SPG parmi ses adhérents et la proportion des familles qui sont sans diagnostic génétique à ce jour
2. Pour appuyer nos actions de recherche fondamentale ou clinique à venir

Je souffre moi-même de la maladie de Strümpell - Lorrain /Paraplégie Spastique Héritaire

Age de début de la maladie ? _____

Je ne souffre pas de cette maladie mais une (plusieurs) personne(s) de mon entourage en est(sont) atteinte(s)

Nom	Prénom	Lien de parenté

Connaissez-vous le gène SPG muté dans votre famille ?

- OUI, je connais le gène muté, c'est SPG _____
- NON, je ne connais pas le gène muté

Avec nos sincères remerciements,
Les membres du Bureau de l'ASL - HSP France

*Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent
(Article 34 et suivants de la Loi du 6 Janvier 1978)*