



BULLETIN D'ADHESION 2024

Informations générales

Civilité : M. Mme

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

.....

Téléphone :

Adresse électronique :

Informations sur le nystagmus

Avez-vous vous-même un nystagmus ? oui non

Est-ce l'un de vos proches qui a un nystagmus ? oui non

Est-ce un nystagmus à début précoce (de naissance) ? ou un nystagmus acquis ?

Cotisation

Adhérent (10 €)

Don : en complément de mon adhésion de 10 €, je souhaite faire un don à l'association d'un montant de € (ouvrant droit à réduction d'impôt, un reçu fiscal vous sera délivré)

Chèque à libeller à l'ordre de « Mouvement Nystagmus » et à adresser à :
MOUVEMENT NYSTAGMUS – 84 rue des Grands Champs 75020 PARIS

Date : Signature :

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet d'un traitement informatique