



## **AIDE A L'ADHESION A L'ASSOCIATION FRANCE ALZHEIMER**

Date de l'adhésion :

NIA :

NOM - Prénom OD/ AD :

Adresse :

SLVie :

Tél portable :

Adresse mail :

Montant de l'adhésion :

Documents à fournir :

- RIB
- Copie de la carte de membre adhérent

Montant de la somme à rembourser à l'adhérent\* :

Montant de la somme à abonder à FRANCE ALZHEIMER \*\* :

Date et signature du Président de la CMCAS :

\* 50% du montant payé par l'adhérent

\*\* Identique au montant remboursé à l'adhérent