



SURDI34

Cotisation 2020

A compléter (R/V) et à joindre à votre règlement accompagné d'une photo

M/Mme/Mlle

Date de Naissance :

Représentant légal

Adresse :

Code Postal : Ville:

Tél Fixe : Tel Port:

Adresse mail :

(écrire très lisiblement ou en majuscule ; SVP)

Date d'entrée dans l'Association

Calcul de la cotisation >>> une par famille en remplissant une fiche d'adhésion par personne

Pour les adhésions en cours d'année le montant de la cotisation est : du 01/01/20 au 31/07/20 = 20€ et du 01/08/20 au 30/11/20 = 10€

A reporter

- * Adhésion à Surdi 34 **sans** l'Abonnement à 6MM « Six millions de malentendants » : 20 €
Obligatoire pour bénéficier des tarifs de groupe du GAN pour les implants et/ou les appareils auditifs

Ou

Adhésion à Surdi 34 **avec** l'Abonnement à 6MM « Six millions de malentendants »: 35 € >> €
soit 20€ de cotisation + 15€ de l'abonnement à la revue

- * Soutien/Dons à Surdi 34 (déductibles des impôts) Organisme reconnu d'Intérêt général >> €
Attention toutes sommes encaissées en 2020 seront déductibles sur les impôts de 2021

Total : €

Votre règlement (par chèque et à l'ordre de Surdi 34) est à adresser au :

Trésorier de SURDI 34

Christian GIORDANO - 7 Ruelle Saint Pierre - 34350 VALRAS Plage

christiangiordano@surdi34.fr - 06 10 65 90 90 (SMS uniquement)

Pour recevoir , à votre domicile, votre carte d'adhérent, votre attestation de paiement et éventuellement votre attestation fiscale de dons merci de **joindre une enveloppe timbrée à votre adresse.**



En cas d'Assurance auprès du GAN, nous attirons votre attention que la cotisation annuelle à SURDI34 est obligatoire pour bénéficier du tarif de groupe que nous avons négocié et ce TOUS LES ANS.



Fiche d'adhésion à l'Association SURDI34

Civilite ou Nom de l'entreprise

Nom :

Prénom :

Représentant légal :

Date naissance :

Photo

Complément d'adresse :

N° et nom de la voie :

N° BP ou lieu-dit :

Code postal / Ville :

Pays :

Tél domicile :

Liste rouge : **Oui/Non**

Tél Portable :

Tél Bureau :

E-mail :

Date d'adhésion :

Observations :

Actif :

Banque :

Assurance GAN (pour Appareillage) : Si oui, **Oui/Non**

N° de contrat (si connu) :

Abonnement revue 6MM : **Oui/Non**

Appareillage OG : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif

Marque :

Appareillage OD : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif

Marque :

Barrer la mention inutile

Profession :

Origine de la surdité :

Comment vous nous avez connu (Site Internet- Bouche à Oreille- Assurance - ISP - CHU - Activités) :

Remarques :

Facultatif

Personnes à prévenir	Tél domicile	Tél bureau	Tél mobile	E-mail

Facultatif