



SURDI34

Cotisation 2021

A compléter (R/V) et à joindre à votre règlement accompagné d'une photo et d'une enveloppe timbrée à votre adresse, afin de recevoir, à votre domicile, votre carte d'adhérent, votre attestation de paiement

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 01/01/21 au 31/07/21 = 20€
et du 01/08/21 au 30/11/21 = 10€ et gratuite pour décembre en payant n+1

I)	Adhésion à Surdi 34 sans l'Abonnement à 6MM « Six millions de malentendants » :	20 €	
	Minimum Obligatoire pour bénéficier des tarifs de groupe Assurances		
	Ou	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		
		+	
II)	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 à régler :	 €

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

Trésorier de SURDI 34

Christian GIORDANO - 7 Ruelle Saint Pierre - 34350 VALRAS Plage

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



En cas d'Assurance des implants ou Appareils Auditifs par notre intermédiaire, 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

(écrire très lisiblement ou en majuscule ; SVP)

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 : **Banque :**
Date d'adhésion :
Observations :

Intéressé pour implication dans le conseil d'administration de SURDI 34 ou membre de bureau :

Assurance (pour Appareillage) : Si oui, Oui/Non **Appareillage OG :** Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif
Compagnie : **Marque :**
N° de contrat (si connu) : **Appareillage OD :** Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif
Abonnement revue 6MM : Oui/Non **Marque :**
Barrer la mention inutile

Profession :
Origine de la surdité :
Comment vous nous avez connu (Site Internet- Bouche   Oreille- Assurance - ISP - CHU - Activités) :
Remarques :

Facultatif

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

Facultatif