



# SURDI34

## Cotisation 2022

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 01/01/22 au 31/07/22 = 20€  
et du 01/08/22 au 30/11/22 = 10€ et gratuite pour décembre en payant n+1

I)	Adhésion à Surdi 34 <b>avec</b> l'Abonnement à 6MM «Six millions de malentendants » : soit 20€ de cotisation + 15€ de l'abonnement à la revue de SurdiFrance	35 €
	<b>Ou</b>	<b>Ou</b> >> ..... €
	Adhésion à Surdi 34 <b>sans</b> l'Abonnement à 6MM « Six millions de malentendants » : Minimum Obligatoire pour bénéficier des tarifs de groupe Assurances	20 €
		+
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 : **Oui/Non**

Assurance ( pour Appareillage) : **Oui/Non** Appareillage OG : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif

Si oui, Compagnie : GAN - ALLIANZ - MARK'ASSUR - BAILLY - GROUPAMA Marque :

.....nom de la compagnie .....

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 à Oreille- Assurance - ISP - CHU - Activités ..... ) :

Remarques :

*Facultatif*

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

*Facultatif*