



SURDI34

Cotisation 2024

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 01/01/24 au 31/07/24 = 20€
et du 01/08/24 au 30/11/24 = 10€ et gratuite pour décembre en payant n+1

Adhésion à Surdi 34 : > 20 €
Indispensable et obligatoire pour bénéficier du tarif de groupe Assurance

Abonnement « 6 millions de malentendants » : > + 15 €
Revue trimestrielle (Px préférentiel) éditée par notre Fédération SurdiFrance reconnue d'utilité publique

Soutien/Dons à Surdi 34 (déductibles des impôts) Organisme reconnu d'Intérêt général
Attention toutes sommes encaissées en 2024 seront déductibles sur les impôts de 2025 > + €

Total à joindre avec ce document complété R/V : > = €

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

Indépendamment d'envoyer par courrier les documents demandés vous pouvez payer par virement : pensez à demander notre RIB

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 SURDI 34

(écrire très lisiblement ou en majuscule ; SVP)

Civilite ou Nom de l'entreprise

Nom :

Prénom :

Représentant légal :

Date naissance :

Photo

De préférence de bonne résolution ou à envoyer par mail le plus net possible

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