

BULLETIN D'ADHESION A L'A.F.A.H

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____ à _____

Adresse : _____

Ville : _____ code postal : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Ville : _____

Contact : mail : _____ @ _____

Téléphone : +33 _____ Domicile : _____

Je m'engage à respecter les statuts de l'association ainsi que son règlement intérieur et d'en avoir pris connaissance. J'adresse le règlement de ma cotisation de 20,00 euros à l'ordre de l'AFAH par chèque au secrétariat, 35 rue Ronsard 62660 BEUVRY.

Code SIREN : 531 075 919

Code SIRET : 531 075 00013

Code APE : 9499

Je souhaite faire un don

L'association a pour objet : L'aide à la population des pays du sud par un apport de personnel médical ou para médical, par des soins à la formation

Participe en cas de catastrophe naturelle à la demande d'un état ou d'une ONG Française.

A la création d'écoles de formation spécialisée aux soins, à l'urgence et au transport sanitaire terrestre

Aux missions humanitaires sur les pays étrangers ou en France sous l'égide du SAMU ou d'une ONG.

Mode du versement:

Numéraire chèque Autre Carte bancaire (sur notre site internet)

Pour la somme de : _____

*Je désire avoir un reçu fiscal, L'association certifie sur l'honneur que ce don ouvre droit à une réduction d'impôt prévue aux articles 200 et 238 bis du code général des impôts (CGI)

Date et signature : _____

Association Française des Ambulanciers Humanitaires



