

## 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 : \_\_\_\_\_

