**Bulletin d’adhésion**

Faire parvenir sous enveloppe timbrée à

**Alsace Hémochromatose**

**Service de Pathologie**

**Hôpital E Muller BP 1370**

**68070 Mulhouse Cedex**

**Tel : 03 89 64 87 25** **alsace@hemochromatose.org**

 ***Association Membre de la FFAMH***

**Nom :** ……………………………………………………………… **Prénom** : …………………………………….

**Adresse :** ………………………………………………………………………………………………………………….

**Code Postal** : ………………………….. **Ville** : ……………………………………………………………………

**Tél** : …………………………………………  **Email**: …………………………………………………………………

**Cotisation annuelle adhérent** : …………………35€

**Don** : …………………….. €

**Total versement** : ………………………€

***Le montant de vos versements ouvre droit à une réduction d’impôt sur le revenu***

**Êtes-vous touché par la Pathologie (Hémochromatose) ?** Oui Non

**Nouvel adhérent ?** Oui Non

*« Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l’association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Président d’Alsace Hémochromatose – Service de Pathologie – Hôpital E Muller BP 1370 – 68070 Mulhouse Cedex. »*

***C*ommentaire :**