

BULLETIN D'ADHESION
ANNEE 2024

Nom de l'enfant :
.....

Je soussigné,

NOM Prénom

Demeurant

N° Rue

Code Postal : Commune :

N° de tél fixe : N° de portable :

Courriel :

Adhère au Réseau PLURADYS pour l'année en cours

En tant que :

Parent, 10 €

J'ai décidé d'effectuer un don au Réseau PLURADYS, soit€

Le paiement peut être réalisé en ligne sur le site de PLURADYS ou par envoi d'un chèque par courrier postal.

Mon adhésion sera valable pour l'année en cours et l'année civile qui suivra. Si je souhaite renouveler mon adhésion, à l'issue de cette première période, je devrais m'acquitter d'une nouvelle cotisation, d'un montant de 5€, avec une adhésion alors reconduite pour 2 ans.

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'association PLURADYS et du guide des procédures du Réseau PLURADYS. Je m'engage à m'y conformer en tout point sous peine de me voir radié conformément à l'article 6 des statuts de l'association PLURADYS.

Fait le A

Signature

(Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »)

Depuis le 25 mai 2018, la réglementation a évolué avec l'entrée en application du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) au sein de l'Union Européenne. Ce règlement introduit la garantie de niveaux de sécurité et de confidentialité élevés lors de la collecte et du traitement de vos données personnelles.

Les données vous concernant - administratives (nom, prénom, adresse mail et postale, téléphone) et médicales (comptes rendus professionnels et documents de synthèse du réseau) - sont uniquement destinées au traitement du dossier patient informatisé, ce dossier étant aussi stocké sous format papier, accessible à votre demande.

Nous vous rappelons que, si vous ne souhaitez plus recevoir d'informations ou de communications par courrier papier ou électronique, vous pouvez modifier vos données personnelles et/ou retirer votre consentement à tout moment en envoyant un message à l'adresse

direction@pluradys.org