



BON D'ADHÉSION

M^{me} M^{lle} M.

1^{re} adhésion Renouvellement

NOM.....Prénom

Adresse Code postal

Ville Pays

Téléphone.....Fax.....

E-mail

Profession :

Je suis : Patient Père/mère Famille* Sympathisant*

*Précisez éventuellement le lien avec le patient ou la maladie :

Nom de la maladie :

J'accepte que mes coordonnées soient éventuellement communiquées à d'autres adhérents de l'association.

Je n'accepte pas que mes coordonnées soient communiquées.

Je souhaite adhérer à ELA (adhésion valable pour 12 mois) en tant que : en €

Membre **adhérent**: 9 € + abonnement à la revue trimestrielle ELA Infos = 25 €

membres adhérents à la même adresse [1] : 9 € x = ... €

abonnement à la revue trimestrielle ELA Infos 16 €

Membre **bienfaiteur** : 76 € + abonnement à la revue trimestrielle ELA Infos = 92 €

Je fais un don de€ = ... €

Je ne souhaite pas recevoir la revue ELA Infos et déduis 16 € de mon versement - ... €

TOTAL€

(virement aux Compte 114-4727501-43)

[1] NOM et Prénom des adhérents à la même adresse :

..... /
..... /
.....

A retourner à :
ELA Belgique
Rue de Haneffe 25
4537 Verlaine

Ayez le réflexe adhésion en en parlant autour de vous et en diffusant ces bons.