



AIDE A L'ADHESION A FRANCE ALZHEIMER

Date de l'adhésion :

NIA: _____

NOM/ Prénom OD/ AD : _____

Adresse : _____

SLVie : _____ E-mail: _____

Tél. portable : _____

Montant de l'adhésion :

Documents à fournir :

- RIB
- Copie de la carte de membre

Montant de la somme à rembourser à l'adhérent *

Montant de la somme à abonder à FRANCE ALZHEIMER **

Date et signature du Président de la CMCAS :

*** 50% du montant payé par l'adhérent**

**** Identique au montant remboursé à l'adhérent**

