

BULLETIN D'ADHÉSION

L'adhésion est valable un an à partir de la date de cotisation.

☐ Première adhésion

☐ Renouvellement d'adhésion

Je, soussigné(e) : ☐ Mme ☐ M. ☐ Autre :

Nom : Prénom(s) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Profession : Date de naissance :

Obligatoire pour les professionnels de santé, de l'action sociale ou assimilés.

Facultatif

Souhaite :

☐ Adhérer à l'Association REVIVRE-FRANCE en tant que

➤ Membre adhérent : réservé aux souffrants !

○ Cotisation annuelle de **30 euros** : pour accéder à toutes les activités de l'association.

➤ Membre sympathisant : destiné aux proches, anciens souffrants, bénévoles, professionnels de santé, ...

○ Cotisation annuelle de **10 euros** : pour soutenir l'association sans participer aux activités.

➤ Membre bienfaiteur : destiné aux particuliers, associations, organisations, entreprises, ...

☐ Cotisation supérieure ou égale à **300 euros** : pour favoriser le développement de Revivre-France.

☐ Faire un don à l'association de :

Je verse la somme totale de :

○ En espèces (possibilité de paiement fractionné, s'adresser à un membre du Bureau)

○ Par carte bancaire depuis le site internet de l'association (un paiement en 2 fois est possible)

○ Par chèque à l'ordre de Revivre-France.

Montant : Banque : N° chèque :

Si paiement échelonné : Montant 2 : Banque : N° chèque :

Montant 3 : Banque : N° chèque :

Informations complémentaires :

Je suis : ☐ Souffrant * ☐ Ex-souffrant * ☐ Non souffrant

* Type d'anxiété (facultatif) :

☐ Trouble d'Anxiété Généralisée ☐ Phobie Sociale ☐ Trouble Panique ☐ Agoraphobie

☐ Autre :

Je m'engage à respecter la Charte, le Règlement Intérieur et les Statuts de l'association.

Fait à, le

Signature