



# ENTENDEZ-NOUS!

## REJOIGNEZ-NOUS!

### Cotisation Annuelle SURDI 34

A compléter ( R/V) et à joindre à votre règlement accompagné d'une photo et d'une enveloppe timbrée à votre adresse, afin de recevoir , à votre domicile, votre carte d'adhérent, votre attestation de paiement ...

M/Mme/Mlle .....

Date de Naissance : .....

Représentant légal .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville: .....

Tél Fixe : ..... Tel Port: .....

Adresse mail : .....

( écrire très lisiblement ou en majuscule ; SVP)

Date d'entrée dans l'Association .....

#### Calcul de la cotisation >>> une par famille en remplissant une fiche d'adhésion par personne

Pour les adhésions en cours d'année le montant de la cotisation est : du 01 Janvier au 31 juillet = 20€  
et du 01 Aout au 30 Novembre = 10€ et gratuite pour décembre en payant n+1

Adhésion à Surdi 34 : .....> 20 €  
**Indispensable et obligatoire pour bénéficier du tarif de groupe Assurance**

Abonnement « 6 millions de malentendants » : .....> + 15 €  
Revue trimestrielle ( Px préférentiel) éditée par notre Fédération SurdiFrance reconnue d'utilité publique

Soutien/Dons à Surdi 34 ( déductibles des impôts) Organisme reconnu d'Intérêt général  
Attention toutes sommes encaissées en 2024 seront déductibles sur les impôts de 2025 .....> + ..... €

**Total à joindre avec ce document complété R/V : .....> = ..... €**

**Votre règlement (par chèque et à l'ordre de Surdi 34) est à adresser impérativement au :**

*Indépendamment d'envoyer par courrier les documents demandés vous pouvez payer par virement : pensez à demander notre RIB*

**Trésorier de SURDI 34**

**Christian GIORDANO - 7 Ruelle Saint Pierre - 34350 VALRAS Plage**

christiangiordano@surdi34.fr - 06 10 65 90 90 ( SMS uniquement)



**En cas d'Assurance des implants ou Appareils Auditifs par notre intermédiaire, nous attirons votre attention que la cotisation annuelle à SURDI 34 est obligatoire pour bénéficier du tarif de groupe que nous avons négocié et ce TOUS LES ANS.**



**Fiche d'adhésion à l'Association SURDI 34**

**( écrire très lisiblement ou en majuscule ; SVP)**

**Civilite ou Nom de l'entreprise**

**Nom :**

**Prénom :**

**Représentant légal :**

**Date naissance :**

**Photo**

De préférence de bonne résolution ou à envoyer par mail le plus net possible

**Complément d'adresse :**

**N° et nom de la voie :**

**N° BP ou lieu-dit :**

**Code postal / Ville :**

**Pays :**

**Tél domicile :**

**Liste rouge : Oui/Non**

**Tél Portable :**

**Tél Bureau :**

**E-mail :**

**Banque :**

**Date d'adhésion :**

**Observations :**

**Intéressé pour implication dans le conseil d'administration de SURDI 34 ou membre de bureau : Oui/Non**

**Assurance ( pour Appareillage ) : Oui/Non**

**Appareillage OG : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif**

**Si oui, Compagnie : GAN - ALLIANZ - MARK'ASSUR - BAILLY - GROUPAMA**

.....nom de la compagnie .....

**Appareillage OD : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif**

**Marque :**

**N° de contrat ( si connu ) :**

**Marque :**

**Abonnement revue 6MM : Oui/Non**

*Barrer la mention inutile*

**Profession :**

**Origine de la surdité :**

**Comment vous nous avez connu (Site Internet- Bouche à Oreille- Assurance - ISP - CHU - Activités ..... ) :**

**Remarques :**

*Facultatif*

Personnes à prévenir	Tél domicile	Tél bureau	Tél mobile	E-mail

*Facultatif*