



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'adhesion par personne

Pour les adhesions 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)

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

*****nom de la compagnie*****

N° de contrat (si connu) :**Appareillage OG : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif****Marque :****Appareillage OD : Aucun, Implant Cochéaire ou Appareil Auditif****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*