



BULLETIN D'INSCRIPTION 2016

NOM: (Mr,Mme).....PRÉNOM :

ADRESSE:

.....CODE POSTAL:

DATE DE NAISSANCE: TELEPHONE :

ADRESSE ELECTRONIQUE:

Je souffre d'hypertension artérielle: OUI NON (rayer la mention inutile)

Je paie ma cotisation en tant que:

Membre (15 €).....Membre donateur (100€) (cocher la case correspondante)

règlement par chèque bancaire*: Paypal**

* à retourner avec ce bulletin à: France-HTA 57 Avenue de Ségur 75007 Paris

** Contact.francehta@gmail.com

FAIT À LE

SIGNATURE:

Loi informatique

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications aux données personnelles vous concernant. par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés ou associations. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous le stipuler par courriel.