

**A.I.R.N. Adhésion 2023– Membre actif ou Membre bienfaiteur**

M  Mme

PRENOM .....

**NOM** .....

ADRESSE.....

.....

CP ..... VILLE.....

Date de naissance .....

Téléphone (portable de préférence) .....

E-mail .....

- Je suis membre adhérent actif (malade respiratoire)

- Je suis membre adhérent bienfaiteur (non malade)

*Seuls les membres bienfaiteurs peuvent bénéficier d'un reçu fiscal*

Souhaitez-vous un reçu fiscal ? OUI  NON

Si vous êtes patient renseignez votre pathologie respiratoire .....

- Etes-vous sous oxygénothérapie ? OUI  NON

- Sous ventilation par masque ? OUI  NON

Si OUI renseignez le nom de votre prestataire .....

**Droit à l'image**

J'autorise l'A.I.R.N. à utiliser les photographies me représentant OUI  NON

Fiche à retourner accompagnée d'un chèque de 30 € à l'ordre de A.I.R.N. Facilités de paiement si besoin.

**Adresse : Patricia LOUVEL – 10 rue Eugène Boudin – 76000 ROUEN**