

BULLETIN D'ADHESION 2020

Madame, Monsieur,

En adhérant à l'UNAPEDA-Ile-de-France, vous participez et encouragez l'action de l'UNAPEDA.-Ile-de-France

Montant de la cotisation :

Parents d'enfants sourds ou malentendants	20 €
Etudiants, demandeurs d'emploi	20 €
Adultes sourds ou malentendants	40 €
Individuels,	40 €
Associations, Professionnels	50 €

Vous pouvez demander au titre de la PCH, le remboursement de votre adhésion ainsi que l'assurance des appareils.

Vous pouvez aider l'UNAPEDA Ile-de-France, en faisant un don qui nous permettra de renforcer nos actions. A ce titre un reçu fiscal sera envoyé permettant de bénéficier de déductions fiscales pour les impôts.

L'UNAPEDA Ile-de-France adhère à l'UNAPEDA

A ce titre vous bénéficiez de tarifs préférentiels pour les assurances prothèses et implants, participation aux activités de l'UNAPEDA : Journées Familiales, Colloques, AG, ...

Nous vous remercions pour votre engagement

Madame, Monsieur _____

Adresse _____ Tél _____

C. Postal _____ Ville _____ email _____

**Souhaite adhérer à
l'UNAPEDA Ile-de-France**

Cotisation annuelle (Cocher la case correspondant à votre situation)

Parents d'enfants sourds ou malentendants	20 €	<input type="checkbox"/>
Etudiants, demandeurs d'emploi	20 €	<input type="checkbox"/>
Adultes sourds ou malentendants	40 €	<input type="checkbox"/>
Individuels	40 €	<input type="checkbox"/>
Professionnels, Associations	50 €	<input type="checkbox"/>

Dons _____ €

Réduction de l'impôt sur le revenu de 66 % dans la limite de 20 % de votre revenu net imposable

Règlement en espèce, ou par chèque bancaire ou postal à l'ordre de :

UNAPEDA Ile-de-France

Par virement : IBAN : FR76 1010 7002 3700 1180 2856 881 Code BIC : BREDFRPPXXX

Fait à _____, le ___ / ___ / _____ Signature