

Appel à cotisation

Date de renouvellement au 1^{er} janvier 2019



Le montant de la cotisation annuelle est de 12,00 €

Vous trouverez ci-dessous le bon à compléter **EN MAJUSCULE D'IMPRIMERIE** et à nous retourner avec le montant de votre cotisation. En retour vous recevrez votre carte de membre électronique.

L'adhésion donne droit de participer aux activités et manifestations de l'association et surtout être assuré pour toutes ces activités, puisque nous déclarerons à notre assurance la liste de nos membres.

Nom : Prénom : Né(e)le :

à : **Pseudo Facebook** :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Mail :

Date d'implantation Essure : Date de retrait :

Carte Essure : OUI - NON * Si OUI => modèle Essure.....

Numéro du (ou des lots) figurant sur cette carte :

Effets indésirables notoires :

.....

.....

L'association R.E.S.I.S.T. étant uniquement réservée aux porteuses ou anciennes porteuses du dispositif Essure, merci de joindre à votre bulletin d'adhésion un justificatif (Copie de carte Essure, de radio ou de compte-rendu opératoire)

Êtes-vous entré en contact avec le Cabinet Dante - Charles Joseph-Oudin ? OUI - NON *

Je joins un chèque de 12,00 € en règlement de ma cotisation ()

Les activités et manifestations de l'association sont susceptibles d'être photographiées et/ou filmées.

Votre seule participation à ces activités/sorties autorise l'association à utiliser ces éléments pour illustrer tous supports numériques quelle utilise (Facebook, Twitter, site internet, etc...)

Autorisez-vous l'association à se servir de ces éléments pour illustrer tous les supports numériques qu'elle utilise ? (cochez la case correspondante s'il vous plaît) : OUI - NON *

Autorisez-vous l'association à utiliser ces éléments pour illustrer des articles sur l'Association RESIST et ses activités dans des magazines ou des journaux destinés au grand public? OUI - NON *

Autorisez-vous que des journalistes entrent en contact avec vous ? OUI - NON *

J'accepte de recevoir les convocations aux assemblées générales, ordinaires comme extraordinaires, par voie électronique : OUI - NON *

* : entourez votre réponse.

Siège de gestion : 17, rue Betzen 57350 SPICHEREN
Présidente : KLEIN Marielle / association.resist@gmail.com / Tél. +33(0)7 71 64 78 40

(Document à compléter et retourner avec le bulletin d'adhésion au siège de gestion)

DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISATION

Vos documents, radios, scanners, IRM, comptes rendus, et autres justificatifs médicaux lors des déplacements des membres de l'association R.E.S.I.S.T. auprès des instances de la santé (ANSM, HAS, CNGOF,...)

J'autorise la diffusion de mes coordonnées auprès de ces instances :

OUI NON

DEMANDE D'AUTORISATION DE PUBLICATION ET D'UTILISATION

les photos de vos documents pour utilisation dans des montages vidéos ou autres.

Je suis informé(e) que les documents que je fournis feront l'objet d'exploitations suivantes : multi-utilisations sur internet ou de tout autre support connu ou inconnu à ce jour, quelque soit le format, et ce dans le monde entier **sous couvert d'anonymat.**

Je soussigné(e) _____ résidant au :

N° _____ RUE : _____

CP : _____ VILLE : _____

autorise par la présente la publication :

- de mes photos
 de films (montages photos) :

- **sur le site internet :** www.resist-france.org
- **sur le groupe Facebook R.E.S.I.S.T. :**
 www.facebook.com/groups/association.resist
- **sur le compte Twitter :** www.twitter.com/assos_RESIST

Je peux demander le retrait de la publication à tout moment sur simple demande par e-mail à : correspondance.resist@gmail.com

Cette autorisation sera conservée par l'association R.E.S.I.S.T. qui propose le/les document(s) à la publication.

Fait à _____, le _____

Signature :

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

PS : *voici le lien qui vous permettra de faire la déclaration d'incident auprès de l'ANSM :*
<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/signalement-sante-gouv-fr>