

BULLETIN D'ADHESION
RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION



RÉSEAU D'ENTRAIDE, SOUTIEN ET INFORMATIONS SUR LA STÉRILISATION TUBAIRE

A COMPLETER EN MAJUSCULE – Merci Date :

N° adhérent :

Nom : Prénom :

Née le :

Adresse complète :

.....

Code Postal..... Ville :

Portable :

E-mail :

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

OUI NON (*veuillez cocher la case correspondante*)

Pseudo Facebook :

CONCERNANT LE DISPOSITIF MEDICAL DE STERILISATION TUBAIRE ESSURE

Date d'explantation : Prévues le Faites le

Quels sont les effets indésirables notoires :

.....

.....

L'association R.E.S.I.S.T. étant uniquement réservée aux porteuses ou anciennes porteuses du dispositif Essure, nous avons conservé votre justificatif de porteuses (copie de la carte Essure, copie de la radio de contrôle des 3 mois ou compte-rendu opératoire).

COTISATION ANNUELLE

Votre cotisation annuelle est de 12 €. Veuillez joindre un chèque à l'ordre de R.E.S.I.S.T.
(La cotisation n'est pas soumise à réduction d'impôt)

*L'adhésion se fait par année civile du 1er janvier au 31 décembre.
(Le renouvellement se fait à partir du 15 novembre de l'année en cours pour l'année suivante).*

R.E.S.I.S.T. Sièges de gestion : 6 Impasse du Clos du Mené – 56450 SAINT ARMEL

Mail : tresorier.resist@gmail.com

Site Internet : <https://www.resist-france.org/>

Association agréée par le Ministère des Solidarités et de la Santé

DECLARATION D'INCIDENT

Nous vous recommandons de faire un signalement d'incident du dispositif médical auprès de l'ANSM – Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé sur le site Internet du Ministère des Solidarités et de la Santé https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil

Avez-vous pris contact avec un cabinet d'avocats spécialisés dans les affaires médicales ?

OUI NON (veuillez cocher la case correspondante)

Si OUI, merci de préciser

- Cabinet DANTE, Maître Charles Joseph-Oudin : OUI NON (veuillez cocher la case correspondante)

- Avocat spécialisé dans les affaires médicales (veuillez préciser le nom du cabinet)

.....

ACTIVITES DE L'ASSOCIATION

Les activités et manifestations de l'association R.E.S.I.S.T. sont susceptibles d'être photographiées et/ou filmées. Votre seule participation à ces activités/sorties autorise l'association utiliser ces éléments pour illustrer tous supports numériques qu'elle 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 ?

OUI NON (veuillez cocher la case correspondante)

Autorisez-vous l'association à utiliser ces éléments pour illustrer des articles sur l'association R.E.S.I.S.T. et ses activités dans les magazines ou des journaux destinés au grand public ?

OUI NON (veuillez cocher la case correspondante)

AUTORISATION DE PUBLICATION ET D'UTILISATION

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

Je suis informée que les documents que je fournis feront l'objet d'exploitation suivante : multi-utilisations sur Internet ou de tout autre support connu ou inconnu à ce jour, quel que soit le format, et ce dans le monde entier **sous couvert d'anonymat**.

Je soussignée

Résidant (adresse complète) :

Autorise par la présente la publication de : de mes photos de films (montages photos)
(veuillez cocher la case correspondante)

- Sur le site Internet de l'association : www.resist-france.org
- Tous supports numériques que l'association peut être amenée à utiliser (Facebook, Twitter, etc....)

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

Je déclare accepter les Statuts et la Charte de l'association (téléchargeables et consultables sur le site Internet de l'association R.E.S.I.S.T.).

Fait à le

Signature :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant auprès de l'association R.E.S.I.S.T. sur simple demande par email à l'adresse : correspondance@resist-france.org

R.E.S.I.S.T. Siège de gestion : 6 Impasse du Clos du Mené – 56450 SAINT ARMEL

Mail : tresorier.resist@gmail.com

Site Internet : <https://www.resist-france.org/>

Association agréée par le Ministère des Solidarités et de la Santé