

# Bulletin de souscription à l'association FORMINDEP pour sa participation aux Assises du Médicament

Je soussigné, NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : |\_|\_| | |\_|\_| | |\_|\_|\_|\_|

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_| Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession :

Déclare avoir pris connaissance des statuts de l'association Formindep et souscrit à la participation du Formindep aux Assises du Médicament en faisant un don conformément à l'article 8 de ses [statuts](#) d'un montant de :

- 50 €     - 100 €     - 150 €     - 200 €     - autre montant: \_\_\_\_\_ €

que je verse à l'association par chèque bancaire à l'ordre du Formindep à adresser à:

Jean LALEUW, trésorier du formindep, 188 rue Daubenton 59100 ROUBAIX

A réception, un certificat de souscription sera émis par le Formindep qui s'engage à me tenir régulièrement au courant de l'avancement de ce projet.

Date:

Signature :

**Un DVD du film « les médicamenteurs » sera offert à toute souscription minimale de 150 euros dans la limite des stocks disponibles.**

Cet appel à la générosité publique a fait l'objet d'une déclaration préalable en Préfecture du Nord . Conformément à la législation en vigueur, les dons reçus serviront exclusivement à la participation du Formindep aux Assises du Médicament et un compte de résultat relatif aux recettes et dépenses sera publié.

Les informations recueillies sont indispensables à l'enregistrement de votre don. Elles feront l'objet d'un traitement informatiques (déclaration CNIL 1103172) et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.