

**AMICALE LANGUEDOC ROUSSILLON DES INSUFFISANTS RESPIRATOIRES-ALRIR**

Site : alrir.org

Tél. : 04 67 41 06 49

Président : Robert LEBLANC

.....

**BULLETIN d'adhésion et de soutien année 2020**

**NOM, PRENOM :** .....

**Adresse si modification ou nouvel adhérent :**

.....

**Code Postal :** \_ \_ \_ \_ \_ **Ville :** .....

**Téléphone fixe :** \_ \_ \_ \_ \_ **Mobile :** \_ \_ \_ \_ \_

**Adresse mail :**

---

Je renouvelle ou j'adhère à l'ALRIR et je verse la somme de 20 euros et éventuellement un don de ..... euros soit un total de ..... euros .  
Vous donnant droit à une réduction fiscale de 66% du montant versé.

Dans le but d'améliorer ou d'adapter nos actions auprès de nos adhérents, nous vous adressons le questionnaire ci-dessous.

Les réponses sont facultatives.

- 
- |                                       |   |                                |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Oxygénothérapie | <input type="radio"/> Bronchite chronique | <input type="radio"/> Asthme   |
| <input type="radio"/> Emphysème       | <input type="radio"/> Apnée du sommeil    | <input type="radio"/> Allergie |
| <input type="radio"/> Non malade      | <input type="radio"/> Autre : .....       |                                |

**Votre prestataire de services à domicile :**

---

**Bulletin à renvoyer avec chèque à l'ordre de l'ALRIR à :**

**ALRIR Jardin aux Fontaines H1    9 rue de Nazareth    34090 MONTPELLIER**