

Adhérer à IRIS :

C'est **soutenir l'action** forte de l'association en faveur des patients atteints d'un DIP.
C'est donner plus de poids à l'association auprès des institutions et de nos différents partenaires.
C'est pérenniser les missions de l'association IRIS :

- **Accompagner** les patients et leur famille dans leurs parcours de vie
- **Inform**er sur les DIP, l'évolution de la connaissance et de leur prise en charge
- **Apporter l'expertise** patient dans toutes les décisions les concernant

Tenir vos informations à jour, c'est essentiel !

Nous vous invitons à remplir le plus précisément possible l'ensemble des champs de ce bulletin d'adhésion afin de réactualiser vos informations médicales et de contact. Elles constituent des éléments factuels, agrégés, pour appuyer les actions de représentation des patients et de plaidoyer de l'association auprès des institutions ou des pouvoirs publics. Cela nous permet également de vous contacter et, si vous le souhaitez et vous l'acceptez, de vous envoyer nos publications, mailings et invitations aux événements d'IRIS.

Mon adhésion

Le montant de l'adhésion annuelle est de **25 €**, auquel peut s'ajouter un don complémentaire. **Votre adhésion et vos dons sont déductibles des impôts à hauteur de 66%, dans la limite de 20% de votre revenu imposable.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adhésion 25€ | <input type="checkbox"/> 50€ (adhésion + don de 25€) |
| <input type="checkbox"/> 75€ (adhésion + don de 50€) | <input type="checkbox"/> 100€ (adhésion + don de 75€) |
| <input type="checkbox"/> 150€ (adhésion + don de 125€) | <input type="checkbox"/> Autre montant :€ |
| <input type="checkbox"/> Première adhésion | <input type="checkbox"/> Renouvellement |

Date : / /

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Email :

Code postal :

Téléphone :

Je suis

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un patient touché par le DIP | <input type="checkbox"/> Un membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> Un parent ou représentant légal | <input type="checkbox"/> Un sympathisant |

Je préfère

J'accepte que mes coordonnées soient éventuellement communiquées :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> À un représentant d'IRIS | <input type="checkbox"/> À d'autres familles | <input type="checkbox"/> Je n'accepte pas |
|---|--|---|

Mon adhésion comprend l'abonnement au fil d'IRIS, que je souhaite recevoir :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Par courrier en version papier | <input type="checkbox"/> Par mail en version digitale |
|---|---|

Comment avez-vous connu l'Association IRIS ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Par mon médecin | <input type="checkbox"/> Par mon prestataire de santé |
| <input type="checkbox"/> Par internet / réseaux sociaux | <input type="checkbox"/> Lors d'une action IRIS (stand, journée patients...) |
| <input type="checkbox"/> Par une connaissance | <input type="checkbox"/> Autre : |

Mes informations

Nom et prénom de la personne touchée :

Date de naissance : Année du diagnostic :

Nom du Déficit Immunitaire :

Centre hospitalier de référence :

Nom du médecin référent :

Traitement suivi :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotiques | <input type="checkbox"/> Corticoïdes |
| <input type="checkbox"/> Antifongiques | <input type="checkbox"/> Immunoglobulines |
| <input type="checkbox"/> G-CSF | <input type="checkbox"/> Autre : |

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ?

☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'une prestation sociale ?

☐ OUI ☐ NON

Bénéficiez-vous d'un taux d'invalidité reconnu ?

☐ OUI ☐ NON

Mon paiement

Je souhaite ajouter des adhérents supplémentaires à la même adresse :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Autres formes de soutien*

Je souhaite ajouter (indiquer le nombre) :

..... puzzle(s) IRIS (25€, frais de port inclus)

..... mascotte(s) IRIS en peluche (15€, frais de port inclus)

..... livre(s) de pâtisserie "Gourmandises de blogueurs" (15€, de frais de port inclus)



Retrouvez l'ensemble de nos articles (t-shirts, gourdes...) sur notre boutique en ligne !

* Ces articles sont en vente au seul profit de l'association IRIS, dans la limite des stocks disponibles. L'achat de ces articles n'est pas assimilable à un don et ne donne pas droit à une déduction d'impôts.

☐ Je souhaite mettre en place un prélèvement SEPA mensuel ou annuel en faveur d'IRIS

L'Association prendra contact avec vous pour valider la mise en place d'un prélèvement automatique. Ce mandat est révoquant à tout moment en contactant l'Association.

Ci-joint un chèque global pour :

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Une adhésion globale d'un montant de 25€ |
| <input type="checkbox"/> Un don complémentaire d'un montant de :€ +€ d'adhésion(s) supplémentaire(s) |
| <input type="checkbox"/> L'achat d'objet(s) solidaire(s) pour un montant de :€ |

Montant total :€

Bulletin à retourner à : Association IRIS, 121 rue de Saintes, 16000 Angoulême