

# BULLETIN D'ADHÉSION

## Être adhérent

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 leurs familles dans leurs parcours de vie
- Informer 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.

- Ces informations constituent des éléments factuels, anonymisés, pour appuyer les actions de représentation des patients et de plaidoyer de l'association auprès des institutions ou des pouvoirs publics.
- Cette base de données nous permet également de vous contacter et de vous envoyer nos publications, mailings et invitation aux événements d'IRIS (actions, webinaires, journées patients...)

## ÉTAPE 1 - MON ADHÉSION

### J'adhère

Le montant de l'adhésion annuel 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 € (une adhésion + 25 € de don)  |
| <input type="checkbox"/> 75 € (une adhésion + 50 € de don)   | <input type="checkbox"/> 100 € (une adhésion + 75 € de don) |
| <input type="checkbox"/> 150 € (une adhésion + 125 € de don) | <input type="checkbox"/> Autre montant : .....€             |

Première adhésion  Renouvellement

Monsieur  Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

### Je suis...

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> un patient touché par un 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 :

- à un représentant d'IRIS  à d'autres familles

Mon adhésion comprend l'abonnement à notre magazine "Le Fil d'IRIS", je souhaite le recevoir :

- par courrier en version papier  par mail en version digitale

## Comment avez-vous connu l'association IRIS ?

- par mon médecin  
 via internet ou les réseaux sociaux  
 par une connaissance  
 par mon prestataire de santé  
 lors d'une action IRIS (journée patients, stand...)  
 autre : .....

## ÉTAPE 2 - MES INFORMATIONS

Ces informations sont importantes pour l'action de l'association, merci de les compléter\*.

## Identité du patient :

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 :

- Antibiotiques  
 Corticoïdes  
 Antifongiques  
 Immunoglobulines  
 G-CSF  
 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

## ÉTAPE 3 - MON PAIEMENT



## Adhérents supplémentaires à la même adresse

Nom et prénom : .....  
 Nom et prénom : .....  
 Nom et prénom : .....



## Autres formes de soutien

- La peluche de la Mascotte IRIS\*\*  
 ..... x 10 € = ..... € (+ 4.90 € de frais de port)  
 Le livre de pâtisserie "Gourmandises de blogueurs"\*  
 ..... x 10 € = ..... € (+ 5.50 € de frais de port)

\*\* 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.

## Ci-joint un chèque global pour :

- une adhésion principale d'un montant de ..... 25 €  
 un don complémentaire d'un montant de ..... + ..... €  
 ..... adhésion(s) supplémentaire(s) à 25 € /personne ..... + ..... €  
 l'achat d'objet(s) solidaire(s) IRIS pour un montant de ..... + ..... €  
**MONTANT TOTAL ..... €**

Merci de retourner ce bulletin complété, accompagné de votre règlement à :  
Association IRIS, 247 avenue du Colonel Péchot 54200 Toul