



ADHÉSION À L'ANIC

Cotisation sur 12 mois – Prorata temporis pour adhésion en cours d'année

Membre adhérent implanté ou non : **24 €**

Membre bienfaiteur : *montant à discrétion*

ANIC
ASSOCIATION NATIONALE
DES IMPLANTÉS
COCHLÉAIRES

Adresse Postale : ANIC – 21 rue Ronsard – 91470 LIMOURS

Siège social : Hôpital Rothschild - 5, rue Santerre - 75012 PARIS

Association Loi 1901, N° W7710000663

Madame, Monsieur,

En adhérant à l'**ANIC** vous bénéficiez des avantages liés au statut de **Membre ANIC**, notamment:

- de recevoir gratuitement dès sa parution le **bulletin semestriel** de l'**ANIC**
- la possibilité de vous abonner au magazine trimestriel «**6 Millions de Malentendants**» édité par notre association chapeau le Bucodes-SurdiFrance à des tarifs préférentiels
- d'adhérer au contrat d'assurance groupe **ANIC / LE GAN**, à un tarif groupe **réserve aux seuls adhérents de notre association à jour de leur cotisation**, (détail des offres sur www.association-anic.fr – rubrique « La Vie Pratique – Assurances »).

Pour adhérer par **internet** :

adrez le **bulletin ci-dessous** par mail à anic.association@orange.fr

et effectuez **votre règlement par virement bancaire** IBAN : FR76 3000 4015 2800 0000 1445 714

Pour adhérer par **courrier** :

adrez le **bulletin ci-dessous** et un chèque établi à l'ordre de **ANIC**

à **Monsieur Daniel LESAUVAGE**, Trésorier ANIC, 16 rue des Chênes – 77400 POMPONNE

Pour suivre la vie de l'association, consultez notre site www.association-anic.fr

D'autre(s) question(s) ? Écrivez-nous : anic.association@orange.fr

ADHÉSION À L'ANIC

NOM : Madame / Monsieur (rayez la mention inutile)
Prénom :
Adresse : Année Naissance :
..... Téléphone fixe :
..... Téléphone portable :
CP : Ville :
E-mail (en majuscules):@.....

Ma cotisation ANIC du ____/____/ 202__ au 31 décembre 202__

☐ Chèque joint ☐ Virement

€

(cochez vos choix)

- ☐ Je souhaite les **bulletins semestriels ANIC par courrier électronique** ☐ **Par courrier postal**
☐ Je souhaite un **reçu fiscal**

Centre d'implantation :

Marque de votre implant : **Advanced Bionics / Cochlear / Med-El / Oticon** - Soulignez votre Marque

Activité professionnelle : ☐ Retraité (e) : ☐

Vos loisirs :

Date :

Signature :