



16^{bis} rue Lauzin
75019 PARIS
Tél.: 01 42 49 01 39
apad@apad-diabete.org
<http://www.apad-diabete.org>
Agrément du Ministère de la Santé
N° 2006G0402

Association Parisienne du Diabète

Bulletin de Renouvellement de Cotisation

Pour l'année 2010, l'APaD est essentiellement en charge des départements 75, 92 et 93.
L'AFD 94 est en charge du Val-de-Marne.

J'ai réglé ma cotisation 2009 soit à l'AFD, soit à l'APaD

Mon N° d'adhérent : _____

Je souhaite cotiser à l'APaD ----- pour l'année **2010**

Cotisation : >-----> **22,00 €.**

Je peux rajouter à ma cotisation :

Don supplémentaire : _____,00 €.

Don pour la recherche : _____,00 €.

En 2009, j'étais
adhérent de l'APaD
ou de : l'AFD nationale
ou d'une autre AF : ↗

(Son nom :)

Revue Equilibre : Le renouvellement d'abonnement pour 1 an (6 N°) à **équilibre** doit être envoyé à l'AFD - Service des Abonnements, en rappelant votre appartenance à l'APaD (N° d'adhérent) pour bénéficier du tarif préférentiel de 15 € (au lieu de 28 €). Cet abonnement ira de date à date et non plus sur l'année civile. Le réabonnement devra être envoyé avant la fin de la période d'abonnement précédente.

Merci de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous en lettres CAPITALES.

Les renseignements marqués * sont facultatifs pour les adhérents 2009 de l'APaD sauf changement. **En gras**: obligatoires pour tous.

M^{me}, M^{elle}, M., NOM : _____ **Prénom** : _____

Entoure

Adresse* : _____

Bâtiment* : _____ Étage* : _____ Appartement* : _____

Résidence* : _____ Lieu-dit* : _____

Code postal* : _____ Commune* : _____

Téléphone en cas d'urgence _____ Tél. fixe (si différent)* : _____

Tél. portable : _____ **Adresse Email** : _____

Date de naissance : _____ Profession* : _____

Année de début de diabète : _____ Diabète* : Type 1 Type 2 **Non diabétique**

Traitement : Insuline Comprimé Régime Pompe Sans

(Pour le traitement, cocher plusieurs cases éventuellement)

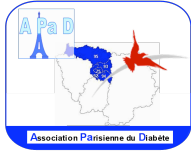
Merci de renvoyer ce bulletin, avant le 31-01-2010, avec votre règlement à :

Association Parisienne
du Diabète
membre de l'AFD-IdF,
fédérée de l'AFD
reconnue d'utilité publique



APaD
Comptabilité
16^{BIS} RUE LAUZIN

75019 PARIS



Paiement par chèque à l'ordre de l'**APaD**.

Fait à : Le :

Signature :