ASSOCIATION DES ASSISTANTES MATERNELLES DE LA CHARENTE
2 Impasse du Bégaud – 16600 TOUVRE
Tel : 07.50.49.46.46 ou 06.04.19.55.79
Responsable mutuelle complémentaire : 06.31.56.99.57
Mail : assodep16@gmail.com Site : www.assodep16.fr assistantes maternelles de la Charente

ADHÉSION RETRAITÉS 2024
Validité du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024
BULLETIN À REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

Nom :…….Prénom :……

Adresse :……

……

Code postal : …….Commune :……..…… ……

☎ Fixe : …./……./……./……./… ☎ Portable : ……./……./……./……./…….

Email : ……@……

(si vous disposez d'une adresse mail, vous recevrez les informations par courriel.)

COTISATION ADHESION : 23€

Règlement par chèque à l'ordre de : Association des assistantes maternelles de la Charente.

N° du chèque : …… Banque : ……

Nom du titulaire du compte : …….

Les chèques seront encaissés à partir de Janvier 2024.

MUTELLE COMPLEMENTAIRE

Pour bénéficier du contrat Mutuelle, vous devez vous acquitter tous les ans de votre adhésion à l'association.

En remplissant ce formulaire d'adhésion, vous acceptez que l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente mémorise et utilise vos données personnelles collectées dans ce formulaire dans le but d'améliorer vos interactions avec elle. En l'occurrence vous autorisez l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente à communiquer occasionnellement avec vous si elle le juge nécessaire afin de vous apporter des informations complémentaires sur ses actions via les coordonnées collectées dans le formulaire.
Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qui soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et à notre politique de protection des données.

☐ Je déclare avoir été informé et donne mon consentement aux traitements de mes données à l'Association des Assistantes Maternelles de la Charente. (Consentement obligatoire)

Date et signature de l'adhérent : ……./……./…….