Fibromyalgie Laval

FORMULAIRE D'ADHÉSION

2465, rue Honoré-Mercier, bureau 225, Sainte-Rose, Laval, Québec, H7L 2S9, 450 622-1414

Nouvelle adhésion ☐ Renouvellement de l'adhésion ☐ Membre soutien ☐

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____ Apt : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre téléphone : _____

Année de naissance : _____
(Facultative, à des fins statistiques)

Personne-ressource : _____
Téléphone : _____

Adhésion : 30,00 $ Don (facultatif) : $

***Durant la période du 1er mars au 31 mai seulement, les frais d'adhésion sont de 20,00 $. Les adhésions faites après le 31 mai seront de 30,00 $ et seront considérés valides jusqu'au 31 août de l'année suivante.**

Afin de vous transmettre notre infolettre, notre grille horaire, les formulaires d'inscription ainsi que des informations sur nos activités et services, nous avons besoin de votre consentement pour vous envoyer des communications électroniques.

☐ **Oui, j'accepte de recevoir par courriel** les communications de Fibromyalgie Laval concernant ses activités, services et événements. Adresse courriel : _____

Utilisation de photos et de vidéos

J'autorise Fibromyalgie Laval à prendre et à utiliser des photos ou des vidéos sur lesquelles je pourrais apparaître, à des fins de communication et de promotion de l'organisme, notamment dans ses brochures, publications, site Web et médias sociaux.

Oui ☐ Non ☐

Signature : _____ Date : _____

22-09-26

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ ET CONSENTEMENT (Loi 25 sur la protection des renseignements personnels)

Pour vous offrir nos services et assurer le bon fonctionnement de votre adhésion, Fibromyalgie Laval doit recueillir certains renseignements personnels, notamment votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre adresse courriel ainsi que le nom et le numéro de téléphone d'une personne à joindre en cas d'urgence lorsque vous participez à une activité de Fibromyalgie Laval. Ces renseignements nous permettent notamment de communiquer avec vous, de gérer votre adhésion et vos inscriptions et au besoin, de joindre la personne désignée en cas d'urgence.

Ces renseignements nous permettent notamment de :

- communiquer avec vous par téléphone ou par courriel;
- vous faire parvenir des documents ou de l'information par la poste;
- gérer votre adhésion et votre inscription à nos activités et services;
- vous transmettre des informations utiles sur l'organisme;
- assurer le suivi de nos services et activités.

Nous recueillons uniquement les renseignements nécessaires à ces fins et nous nous engageons à les traiter de façon confidentielle et sécuritaire.

Vos renseignements personnels ne sont accessibles qu'au personnel de Fibromyalgie Laval qui en ont besoin dans le cadre de leurs fonctions.

Lorsque cela est nécessaire pour vous offrir une activité ou un service, certains renseignements peuvent être communiqués à la personne responsable de l'activité ou à l'organisme avec qui l'activité est organisée conjointement. Par exemple, votre adresse courriel peut être transmise à l'enseignante d'un cours virtuel afin qu'elle puisse vous faire parvenir le lien de connexion.

Lorsque vos renseignements sont confiés à un fournisseur de services ou à une plateforme technologique utilisée par Fibromyalgie Laval, nous prenons les mesures nécessaires pour assurer leur protection. Certains renseignements peuvent être hébergés ou traités à l'extérieur du Québec.

Vous pouvez demander l'accès aux renseignements personnels que Fibromyalgie Laval détient à votre sujet et demander qu'ils soient corrigés s'ils sont inexacts. Vous pouvez également retirer votre consentement en tout temps. Pour toute question ou demande concernant vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec la personne responsable :

Carole Fauteux
Fibromyalgie Laval
2465, rue Honoré-Mercier, bureau 225
Laval (Québec) H7L 2S9
450 622-1414
direction@fibromyalgielaval.org

Notre politique de confidentialité est disponible sur notre site Web : **fibromyalgielaval.org**, au bas de la page d'accueil.

CONSENTEMENT

En signant ce formulaire, je confirme l'avoir lu et compris et j'autorise Fibromyalgie Laval à recueillir, utiliser et lorsque nécessaire, communiquer mes renseignements personnels aux fins décrites ci-dessus, conformément à sa politique de confidentialité et aux lois applicables.

Signature : _____ **Date :** _____