



Bulletin de soutien

**Vous aussi,
aidez VML**

- J'adhère⁽¹⁾ pour la première fois à l'association en qualité de :
- Je renouvelle mon adhésion en qualité de :
- membre adhérent : 20 € €
- membre bienfaiteur : 60 € €
- Je fais un don⁽²⁾ de : €

(1) Adhésion valable pour l'année civile en cours.
(1) + (2) Reçu fiscal à recevoir.

Total = €
(chèque à l'ordre de VML)

Nom Prénom Date de naissance

Profession Nationalité

Je souffre / mon enfant souffre de (nom de la maladie)

Je connais une personne touchée par la maladie (nom de la maladie, lien de parenté)

J'ai connu VML par :

Adresse CP Ville

Téléphone Portable Email

En application de la loi informatique et liberté du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et pouvez vous opposer à l'utilisation de votre adresse par des tiers.

Date ____/____/____ **Signature :**