

# BULLETIN D'ADHÉSION

à envoyer daté et signé à l'association  
VML, 2 T avenue de France - 91300 MASSY



- > Je suis  Adulte malade  Sympathisant  
 Parent d'enfant(s) malade(s)  Autre membre famille

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance / / Profession .....

Maladie (si type identifié, précisez) .....

Prénom de l'enfant malade ..... Date de naissance / /

*Si deuxième enfant malade*

Prénom de l'enfant ..... Date de naissance / /

## > Mon adresse

Bâtiment / Résidence .....

Voie (et numéro) .....

Lieu-dit .....

Code postal ..... COMMUNE .....

PAYS (si hors FRANCE et Dom-Tom) .....

Téléphone ..... Portable .....

Adresse email ..... @ .....

## > Je souhaite adhérer à VAINCRE LES MALADIES LYSOSOMALES en qualité de :

- Membre et je verse une cotisation de 20 €  Membre Bienfaiteur et je verse une cotisation de 60 €

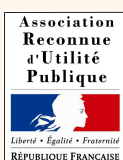
*La cotisation est annuelle et son versement donne lieu à reçu fiscal à recevoir en début d'année suivante.*

## > Mode de versement de ma cotisation

- Chèque  Carte bancaire  Virement ou prélèvement  
À l'ordre de  à partir du site internet Je contacte l'association au 01 69 75 40 30  
VML  www.vml-asso.org pour obtenir la marche à suivre

Date / /

Signature



*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour permettre le traitement de votre adhésion. Elles sont conservées pendant 3 ans et sont destinées au service comptabilité. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.*

*Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : [adherents@vml-asso.org](mailto:adherents@vml-asso.org) ou à VML, 2 T avenue de France, 91300 Massy.*