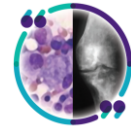


Maladie de Gaucher
Journée d'information pour les patients
Vendredi 1 février 2019



Bulletin d'Inscription

Oui, je souhaite participer à la journée

Non, je ne souhaite pas participer à la journée

Mme **Mlle** **Mr**

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : ____ / Ville :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

E-Mail :

Je suis concerné(e) par la maladie de Gaucher :

type 1

type 2

type 3

Je serai accompagné(e) par

Mme Mlle Mr

Nom :

Prénom :

Bulletin d'inscription à retourner à

Mme Delphine GENEVAZ

Association VML

2 ter avenue de France - 91300 - MASSY

Tel : 01 69 75 40 30

E-mail : scientifique@vml.org