

BULLETIN D'ADHÉSION

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

VAINCRE LES MALADIES
LYSOSOMALES
RARE MAIS PAS SEUL ! vml-asso.org

- > 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 Drom-Com) _____

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
À l'ordre de
VML Carte bancaire
à partir du site internet
www.vml-asso.org Virement ou prélèvement
Je contacte l'association au 01 69 75 40 30
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 : adhérents@vml-asso.org ou à VML, 2 T avenue de France, 91300 Massy.