

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 à partir du site internet
VML www.vml-asso.org /adhesion www.vml-asso.org /adhesion

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 ou à VML, 2 T avenue de France, 91300 Massy.