

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 €

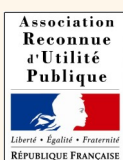
La cotisation est annuelle et son versement donne lieu à reçu fiscal à recevoir en début d'année suivante.

> 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 : adhérents@vml-asso.org ou à VML, 2 T avenue de France, 91300 Massy.