

DEMANDE D'ADHESION POUR MEMBRE INDIVIDUEL

(Membre individuel : personne physique, patient, proche de patient ou professionnel)

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Rue :

NPA : Localité :

Tél. privé : Tél. prof. :

Tél. portable : Adresse e-mail :

Nom de la maladie rare (en cas de diagnostic existant)¹:

Suspicion de maladie rare - informations complémentaires¹:

Je demande mon admission en tant que :

Personne atteinte de maladie rare Date de naissance :

Proche Date de naissance :

Lien avec la personne concernée² :

Date de naissance de la personne concernée :

Professionnel Date de naissance :

Activité professionnelle/poste/institution :

Êtes-vous membre d'une autre association de patients ? oui non

Si oui, laquelle ?

Je m'engage à respecter les statuts de MaRaVal dont j'ai pris connaissance.

Lieu : Date : Signature :

Merci de nous retourner le formulaire complété par e-mail ou par courrier postal :

contact@maraval.ch ou MaRaVal – maladies rares valais – seltene krankheiten wallis
Maison des associations – Av. de Tourbillon 9 – 1950 Sion

Merci de votre intérêt pour MaRaVal !

¹Ces données recueillies pour des raisons statistiques seront traitées de manière anonyme et strictement confidentielle.

²Par exemple père, fille, concubin, ami, etc.

Cotisation des membres individuels : CHF 50.- à régler par BV ou par e-banking CH38 8057 2000 0234 5224 0