

DEMANDE D'ADHESION - MEMBRES SYMPATHISANTS FAMILLE

(les membres sympathisants majeurs disposent uniquement d'une voix consultative)

PARENT 1

Nom : Prénom :
Rue :
NPA : Localité :
Tél. privé : Tél. prof. :
Tél. portable : Adresse e-mail :
Date de naissance : Profession. :

PARENT 2 (renseigner uniquement les champs qui diffèrent de ceux complétés ci-dessus)

Nom : Prénom :
Rue :
NPA : Localité :
Tél. privé : Tél. prof. :
Tél. portable : Adresse e-mail :
Date de naissance : Profession. :

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

Laquelle/lesquelles ?

ENFANT 1 (renseigner uniquement les champs qui diffèrent de ceux complétés auparavant)

Nom : Prénom :
Adresse :
Date de naissance :

ENFANT 2 (renseigner uniquement les champs qui diffèrent de ceux complétés auparavant)

Nom : Prénom :
Adresse :
Date de naissance :

ENFANT 3 (renseigner uniquement les champs qui diffèrent de ceux complétés auparavant)

Nom : Prénom :
Adresse :
Date de naissance :

Nous nous engageons à respecter les statuts de MaRaVal dont nous avons pris connaissance.

Date : Lieu : Signatures :

Veillez 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 !

Veillez régler le montant de CHF 100.- correspondant à la cotisation famille de préférence par e-banking : MaRaVal –Banque Raiffeisen Sion et Région – IBAN CH04 8080 8007 8988 5980 0
Parent 1 - CHF 50.-, parent 2 - CHF 30.- et CHF 20.- pour l'ensemble des enfants < 18 ans