



BULLETIN D'ADHÉSION et/ou DON

Merci de remplir **COMPLETEMENT** et **LISIBLEMENT** ce document.
Avec votre accord, il pourra compléter notre base de données pour la recherche (anonymat préservé)

Bulletin à retourner au siège à l'adresse suivante :

Association France Vascularites
7 Rue de l'église
21540 BLAISY-BAS

IDENTITÉ

Monsieur Madame Mademoiselle

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance : / /

ADRESSE :

PROFESSION **précise** exercée (si vous êtes retraité, merci d'indiquer votre profession principale quand vous étiez en activité) :

⇒ Des informations concernant les activités de l'association sont régulièrement envoyées par mail et SMS. Pensez à vérifier votre dossier de messagerie "courriers indésirables" ou "anti-spam" et à autoriser l'expéditeur association.vascularites@gmail.com qui est l'adresse officielle de l'association.

TÉLÉPHONES (Fixe et portable)

E.MAIL :

Acceptez-vous de recevoir le bulletin semestriel « La chaîne infos » par email ? OUI NON

Si un adhérent désire échanger avec vous, nous autorisez-vous à lui communiquer vos coordonnées ? OUI NON

⇒ Si vous avez spécifié une adresse mail, vous recevrez votre identifiant et mot de passe pour accéder à l'espace adhérent de notre site internet.

⇒ L'inscription à la newsletter, aux alertes SMS et au forum de discussions est automatique dès lors que vous avez renseigné adresse e-mail et numéro de mobile. Vous aurez toujours la possibilité de résilier ces abonnements par la suite.

Comment nous avez-vous connu ? MÉDECIN ORPHANET RECHERCHE INTERNET

PLATEFORME MALADIES RARES AUTRE MERCI DE PRÉCISER : _____

PRÉCISIONS MÉDICALES

Etes-vous vous-même atteint(e) d'une VASCULARITE ? OUI NON

⇒ Si vous remplissez cette fiche pour un proche, merci d'indiquer sa date de naissance :

/ /

⇒ Ses nom et prénom :

⇒ ...et éventuellement sa profession :

Si vous souhaitez inscrire plusieurs personnes, merci d'utiliser un formulaire par personne.

TSVP



PRÉCISIONS MÉDICALES (SUITE)

NOM DE VOTRE VASCULARITE :

Date des premiers symptômes en lien avec cette vascularite :

 / /

Date du diagnostic définitif :

 / /

Début des problèmes médicaux, symptômes, atteintes... :

Si l'espace est insuffisant, vous pouvez poursuivre sur papier libre

Dans quel hôpital et service vous ou votre proche avez-vous été pris en charge ?

S'agit-il ? d'un centre de compétence centre constitutif autre
 centre de référence je ne sais pas

Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans votre parcours ?

(professionnelles, scolarité, prise en charge médicale...)

Si l'espace est insuffisant, vous pouvez poursuivre sur papier libre

ADHÉSION

DON

Nouvel adhérent OUI

Renouvellement d'adhésion OUI

COTISATION ANNUELLE (de base) :

JE DESIRE FAIRE UN DON pour aider la recherche :

 €

JE JOINS UN CHEQUE TOTAL de : (ne faire qu'un seul chèque) = € **TOTAL**

- ⇒ *Règlement par chèque : Merci de libeller à l'ordre de : « Association France Vascularites »*
- ⇒ *A réception du présent formulaire complété, carte et reçu vous seront adressés, ainsi qu'une documentation sur notre association.*
- ⇒ *Si vous avez spécifié une adresse mail, vous recevrez votre identifiant et mot de passe pour accéder à l'espace adhérent de notre site internet.*

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données personnelles vous concernant. Pour exercer ce droit, vous pouvez vous adresser à l'association :

**association.vascularites@gmail.com
09 87 67 02 38**

Je donne mon accord pour l'enregistrement de mes données personnelles et reconnais avoir été informé des modalités pour exercer mon droit d'accès, de modification et de suppression de ces informations.

DATE :

 / /

Signature :