

# DEMANDE D'ADHÉSION

Verband Angiodysplasie Schweiz, 9010 St. Gallen

## DONNÉES PERSONNELLES

Nom, Prénom

---

Rue, Numéro

---

Code postal, Ville

---

E-mail

---

Téléphone

---

Date de naissance

---

## STATUT D'ADHÉSION

Verband Angiodysplasie Schweiz, 9010 St. Gallen

Personne concernée

Proche / membre de la famille

## MALADIE

---

---

## COTISATION ANNUELLE

La cotisation annuelle régulière est de CHF 30. Il est possible de choisir une cotisation plus élevée :

CHF 30 (cotisation minimale)

CHF 60 (cotisation de soutien)

CHF 90 (cotisation de parrainage)

Veuillez verser le montant choisi sur le compte suivant : Banque Cantonale de Saint-Gall IBAN : CH90 0078 1629 1025 3200 0

## CONFIRMATION

Par ma signature, je confirme mon adhésion à l'association et reconnaiss ses statuts.

Lieu, Date

---

Signature

---

## PROTECTION DES DONNÉES

Les données personnelles collectées sont utilisées exclusivement pour la gestion des membres et la communication avec l'association et ne sont pas transmises à des tiers.