

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

☐ 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 100 (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 reconnais 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.