

DEMANDE D'ADHESION

Membre sympathisant

Nom de l'organisation :

Abréviation :

Adresse postale :

.....

Tél. : Portable :

Fax : e-mail :

Adresse du site Internet (le cas échéant) :

Nom et prénom du (ou de la) président(e) :

.....

Qui sera le représentant de votre organisation à l'Alliance (si contact différent du président) ?

Nom et prénom :

Adresse du(de la) représentant(e) pour envoi des courriers :

.....

Tél. : Portable :

Fax : e-mail :

Comment avez-vous connu ProRaris ?

.....

Je déclare avoir lu les statuts de ProRaris et m'engage à les respecter.

Lieu, date Signature

Veillez renvoyer le formulaire rempli au secrétariat de ProRaris :

Chemin de la Riaz 11

1418 Vuarrens

contact@proraris.ch

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à

ProRaris, l'Alliance Maladies Rares - Suisse