



DEMANDE D'ADHESION

Malade isolé/e – Personne concernée

Monsieur

☐

Madame

☐

Nom Prénom

Rue

NPA/Localité

Tél. bureau Tél. privé

Portable Adresse e-mail

Nom de la maladie si elle est diagnostiquée¹

.....

☐

Malade

Date de naissance

☐

Personne concernée

Date de naissance

Relation avec le/la/les malade/s

.....

Faites-vous partie d'une association de patients ? Si oui laquelle.....

.....

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

Lieu, date Signature.....

Veuillez 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 - Alliance Maladies Rares - Suisse

¹ Vos données sont recueillies pour des raisons statistiques et seront traitées de manière strictement confidentielle.