



BULLETIN D'ADHESION 2011

Cotisation Annuelle 10 €

(du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011)

M., Mme, Mlle :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville: Pays:.....

Courriel :

Téléphone : Portable :

Patient Proche de patient Médecin Soignant Autres

Je souhaite Adhérer à AMARAPE: adhésion simple: 10 €

Par chèque à l'ordre d'AMARAPE adressé au siège social

Ou par virement à l'ordre d'AMARAPE Banque Postale CCP 15 610 95R LYON

Je souhaite recevoir une documentation sur l'Association AMARAPE

À réception de votre adhésion, AMARAPE vous fera parvenir votre carte d'adhésion pour l'année en cours.

Pour tout contact, veuillez vous adresser au siège social de l'association AMARAPE :

AMARAPE-CHLS

Service de chirurgie digestive

165 Chemin du Grand Revoyet

69495 PIERRE BENITE cedex

☎ 04.78.86.59.84

site internet : <http://www.amarape.com> adresse courriel : contact@amarape.com

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communications des informations vous concernant, veuillez vous adresser à AMARAPE à l'adresse mentionnée en haut du document.