

Bulletin d'adhésion

NOM :	Prénom :
Êtes-vous atteint(e) d'épidermolyse bulleuse (EB) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, quelle forme ?	
date de naissance :	profession :
adresse :	
Code postal :	Ville :
tél fixe :	tél mobile :
e-mail :	

Membres du foyer :

Conjoint

NOM	Prénom	date de naissance	EB ? Forme ?

Enfant(s)

NOM	Prénom	date de naissance	EB ? Forme ?

Date :	Signature :
--------	-------------

La cotisation annuelle s'élève à 32 € par foyer (règlement par chèque, à l'ordre de DEBRA France).

Imprimé et règlement par chèque à faire parvenir à notre secrétariat :

DEBRA France - Mireille Nistasos - c/o La Mutuelle du Midi - 16 La Canebière - CS 31866 - 13221 MARSEILLE cedex 01