



## BULLETIN d'adhésion et/ou don Association ROKITANSKY-MRKH

Amélie VICTOR

54 avenue d'Italie, 75013 Paris

Site Internet : [www.asso-mrkh.org](http://www.asso-mrkh.org)

E-Mail : [presidence@asso-mrkh.org](mailto:presidence@asso-mrkh.org)

Contact : 06.08.65.33.53

**A imprimer, remplir et renvoyer, muni de votre moyen de paiement par courrier ou par mail**

« Les informations recueillies sur les questionnaires 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 ».

**Comment avez-vous connu l'association ROKITANSKY-MRKH ?**

	1 <sup>er</sup> ADHERENT	2 <sup>e</sup> ADHERENT
NOM et PRENOM		
ADRESSE ACTUELLE		
TELEPHONE		
EMAIL		
DATE DE NAISSANCE ET LIEU DE NAISSANCE		
ACTIVITE PROFESSIONNELLE / ETUDIANTE		

Je souhaite être contacté par email pour recevoir les informations de l'association (convocation de l'Assemblée Générale, informations relatives au MRKH, événements...)

## Quelques informations supplémentaires, pour mieux vous connaître

**1<sup>er</sup> adhérent(e)**, êtes-vous :

- Atteinte par le syndrome MRKH ?  OUI  NON
- Un proche d'une personne concernée ?  OUI  NON
  - Si oui, quel est votre lien de parenté ? : \_\_\_\_\_
  - Si non, quel lien avez-vous ? : \_\_\_\_\_
- Un professionnel des corps médicaux ?  OUI : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**2<sup>e</sup> adhérent(e)**, êtes-vous :

- Atteinte par le syndrome MRKH ?  OUI  NON
- Un proche d'une personne concernée ?  OUI  NON
  - Si oui, quel est votre lien de parenté ? : \_\_\_\_\_
  - Si non, quel lien avez-vous ? : \_\_\_\_\_
- Un professionnel des corps médicaux ?  OUI : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

Nous souhaitons adhérer pour deux soit 30€

## DON

Nous souhaitons faire un don de \_\_\_\_\_ euros

## Mode de paiement

- Chèque (à l'ordre de : Association Syndrome de Rokitansky – MRKH)
- Espèces
- Paypal

**L'adhésion est valable un an à compter de la date portée sur le présent document**

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature 1:

Signature 2: