



BULLETIN D'ADHESION MEMBRE (transplanté ou en attente de greffe)

Nom : _____ Prénom : _____

Membre : _____ Date d'adhésion : ____/____/____

COORDONNÉES

Rue, lieu dit : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Date de naissance : ____/____/____ Profession : _____

GREFFE

Nature de la greffe (Cœur, Poumons, Cœur poumons) : _____

Date de la greffe : ____/____/____ Centre de transplantation : _____

AUTORISATION PHOTOS

Donne mon accord ainsi que celui ou ceux des personnes m'accompagnant pour être pris(es) en photo lors des manifestations organisées par l'association ou auxquelles celle-ci participe, à les publier en tout but non commercial et note que la publication ne donne pas droit à une rémunération. Cocher la mention choisie :

OUI NON

Lieu : _____

Signature : _____

Date : ____/____/____

Toute adhésion nous parvenant au 4ème trimestre, sera prise en compte pour l'année suivante.

Merci de joindre un chèque de 30 € minimum, à l'ordre de « Nouvelle Vie ».

(Un reçu fiscal pourra vous être envoyé, en temps voulu.)

Transmettre à l'adresse ci-dessous :

Association Nouvelle Vie
Hôpital G & R Laënnec
Bd J. Monod
44093 NANTES CEDEX 1