



## Bulletin d'adhésion

NOM Prénom	
Date et lieu de naissance	
Adresse (CP+ville+pays)	
Téléphone	
E-mail	
Conditions d'adhésion	<input type="checkbox"/> Personne majeure atteinte. <input type="checkbox"/> Personne majeure ayant un lien familial avec une personne atteinte (précisez) .....

Je soussigné(e) ..... adhère à l'Association des personnes atteintes de rachitisme vitamino-résistant hypophosphatémique (RVRH-XLH) dont le siège se situe à l'adresse suivante :

*Association RVRH-XLH, chez Mme Sylvie VOINOT  
20 rue Merlin de Thionville  
Appt. 120  
92150 SURESNES*

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts ainsi que du règlement intérieur et m'engage à les respecter.

Montant de la cotisation : 10 €

Ci-joint mon règlement d'un montant de ..... € :

- Par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de l'Association RVRH-XLH.
- Par virement.

*IBAN : FR76 1820 6001 9260 3141 4627 749*

*Code BIC - Code swift : AGRIFRPP882*

- Espèces.

Date et Signature