



## 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.<br><input type="checkbox"/> Personne majeure ayant un lien familial avec une personne atteinte (précisez)<br>..... |

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  
43 Grande Rue  
92310 Sèvres*

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