

Bulletin d'adhésion / Membership form – Bulletin de don / Donation form
European association for Schaaf-Yang syndrome – EASYS
Serre de l'Alouette, 07320 Le Pouzat – France



Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 / Association subject to the French law of 1st July 1901

A remplir par l'adhérent ou le donateur et à adresser à sys.europe@gmail.com ou par courrier :
Please fill this form to become a member or donator and send it to sys.europe@gmail.com or via mail :

Nom/Name :

Prénom/First name :

Date de naissance (jj/mm/aaaa)/Date of birth (dd/mm/yyyy) :/...../.....

Adresse/Address :

.....

Code postal/Zip code : Ville/City :

Pays/Country :

@ :@.....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association EASYS. / I hereby declare that I want to become a member of EASYS.

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts, qui m'ont été remis. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation pour l'année en cours. / I hence declare that I know the object of the association and that I accept its statutes which have been given to me. I have noted the rights and duties of members and I accept to pay the membership fee for this year.

Le montant de la cotisation pour l'année 2018 s'élève à : 15€. Si l'adhérent est membre de la famille d'un patient atteint du syndrome de Schaaf-Yang (parent, frère/sœur, grands-parents, oncle/tante, cousin/cousine), le montant de la cotisation annuelle pour 2018 s'élève à 10€. La cotisation est payable par virement aux coordonnées ci-dessous. / The amount of the membership for 2018 is €15,-. If the member is a family member of a patient with Schaaf-Yang syndrome (parents, siblings, grand-parents, uncle/aunt, cousin), the membership fee for 2018 is €10,-. The membership fee is to be transferred to the account below.

Je déclare être membre de la famille d'un patient atteint du syndrome de Schaaf-Yang / I declare being a family member of a Schaaf-Yang syndrome patient.

Lien / Relationship :

Patient :

Je déclare ne pas être considéré comme membre de la famille d'un patient atteint du syndrome de Schaaf-Yang / I declare not being considered as a family member of a Schaaf-Yang patient.

Je souhaite faire un don à EASYS d'un montant de / I want to make a donation to EASYS of :
€.....

Coordonnées bancaires / Bank account : IBAN : FR76 1390 6001 6685 0543 4475 424 / BIC : AGRIFRPP839

Date : Signature :

En application de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit de consultation et de modification des informations vous concernant, sur simple demande auprès de l'association. According to the the law « Informatique et libertés » of January, 6th 1978, you can have access to and modify this information by contacting the association.