

Monsieur

Madame

Nom ..... Prénom .....

Rue .....

NPA/Localité .....

Tél. bureau .....Tél. privé .....

Portable .....Adresse e-mail .....

Nom de la maladie si elle est diagnostiquée<sup>1</sup> .....

.....

Malade

Date de naissance .....

Personne concernée

Date de naissance .....

Relation avec le/la/les malade/s.....

Conditions : être concerné(e) par une maladie rare et ne pas avoir le soutien d'une association de droit suisse dédiée à cette pathologie.

Votre adhésion sera confirmée par le comité d'UniRares dès vérification des données et conditions.

Je déclare avoir lu les statuts d'UniRares et m'engage à les respecter.

Lieu, date ..... Signature .....

Veuillez renvoyer le formulaire rempli au secrétariat:

Association UniRares  
Chemin de la Riaz  
1418 Vuarrens  
[contact@unirares.ch](mailto:contact@unirares.ch)

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à **UniRares**

<sup>1</sup> Vos données sont recueillies pour des raisons statistiques et seront traitées de manière strictement confidentielle.