

DEMANDE D'ADHESION

Malade isolé/e – Personne concernée

Nom et prénom de la personne concernée

Rue

NPA/Localité

Tél. privé Portable

E-mail

Nom de la maladie si elle est diagnostiquée¹

.....

Date du diagnostic :

Date de naissance de la personne concernée :

Si vous représentez la personne concernée (parent / proche / représentant légal) :

Nom/prénom du / de la représentant(e)

Rue (si ce n'est pas la même que ci-dessus)

NPA/Localité

Tél. privé Portable

E-mail

Relation avec le/la/les malade/s

Faites-vous partie d'une association de patients ? Si oui laquelle.....

.....

Je déclare avoir lu les [statuts](#) de ProRaris et m'engage à les respecter.

Lieu, date Signature.....

*Veillez renvoyer le formulaire rempli au secrétariat de ProRaris :
Chemin de la Riaz 11, 1418 Vuarrens
contact@proraris.ch*

*Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à
ProRaris - Alliance Maladies Rares - Suisse*

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