



OUI, JE VEUX DEVENIR BENEVOLE DE L'ASSOCIATION MUCO !

Quel est votre lien avec la mucoviscidose ?

- ☐ Je suis une personne atteinte de mucoviscidose majeure
- ☐ Je suis maman, papa ou représentant.e légal.e d'une personne atteinte de mucoviscidose
- ☐ Je suis partenaire ou membre de la famille d'une personne atteinte de mucoviscidose –
Lien :
- ☐ Je suis sympathisant(e) (exemple : organisateur d'action ou dispensateur de soins) -
Précisez :

Vos données personnelles :

Nom : Prénom :

Rue et numéro :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Date de naissance : Sexe : M / F Langue : NL / FR

Comment désirez-vous être tenu.e au courant et comment sommes-nous autorisés à traiter vos données ?

- ☐ Oui, je désire recevoir Muco contact, bulletin d'information publié quatre fois par an (condensé des informations principales concernant la muco et l'Association Muco).
- ☐ Oui, je désire être tenu.e au courant par lettre et e-mail de nouvelles importantes

Autres remarques :

.....
.....

Lieu et date :

Signature :