



## Bulletin d'adhésion et de soutien

Association des Patients porteurs de Tumeurs Endocrines Diverses

Mr / Mme / Mlle	
Nom	
Prénom	
Date & Lieu Naissance	
Adresse Postale	
Téléphones	Fixe : Mobile :
Adresses Courriel	

..... J'adhère à l'association - Cotisation annuelle de 20 €  
En tant que Malade porteur de tumeur neuro-endocrine .....   
En tant que soutien à un Malade .....   
..... Nom Prénom du Malade :

..... Je soutiens l'association par un don de ..... , , ... €

..... Je suis volontaire pour vous apporter mon aide  
..... Plusieurs heures par mois .....   
..... Plusieurs jours par mois .....   
..... Je suis disponible .....

Les cotisations sont valables pour une année civile du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Les nouvelles adhésions reçues après le 1<sup>er</sup> octobre sont valables pour la fin d'année en cours et l'année suivante.

Pour les malades seulement :

Tumeur Primaire	
Métastases	
Date Diagnostic	
Lieu de suivi	
Médecins	
Soins / Traitements	

Merci de retourner ce document à  
Association APTED, 162, avenue Lacassagne, 69424 Lyon Cedex 03

Conformément à la loi informatique et liberté du 06/01/1978, toute personne inscrite dans les fichiers de l'association peut, sur simple demande, avoir accès aux informations la concernant et en demander la correction ou la radiation en adressant un courrier à l'association.