



**BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION
FRANCE LYMPHANGIOLEIOMYOMATOSE (FLAM)**

Année 2008

1 ère adhésion

Renouvellement

NOM : PRENOM :

Adresse :

Téléphone : E-mail :

Je désire adhérer en tant que :

- **membre actif** (patiente ou proche d'une patiente)

Je joins un versement de ? **35 Euros** pour une personne seule

? **50 Euros** pour un couple

Préciser ci-dessous les nom et prénom du deuxième adhérent :

NOM : PRENOM :

- **membre bienfaiteur**

Je soutiens l'association FLAM et j'effectue un don de : Euros

Je désire recevoir le bulletin d'information FLAM Infos : ? oui ? non

Date : Signature :

Merci de renvoyer le présent bulletin accompagné de votre règlement à la trésorière de FLAM

Annie SIMON (Association FLAM) - 22, allée d'Argenson – 93 190 LIVRY GARGAN