



Demande d'admission

J'ai pris connaissance des statuts de NOVARIA

Le / La soussigné(e) désire devenir membre de NOVARIA

Je m'engage à payer la cotisation annuelle dans les 30 jours après réception (date du timbre postal) et je prends connaissance que mon admission ne sera valable qu'après ce paiement.

La cotisation annuelle est de Fr. 50.—

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

Nr. postal / Lieu : _____

Téléphone: _____

Fax : _____

Natel : _____

Date de naissance: _____

Date de la transplantation _____

Maladie de base : _____

E-mail : _____

Internet : _____

Je suis moi-même transplanté Je suis un membre de la famille

Votre adresse E-mail est nécessaire pour entrer dans le domaine WEB réservé aux membres.
Chaque membre reçoit un pin-code et un nom d'entrée.

Mon adresse (Nom, Prénom, Rue, No. postal, Lieu, Nr. tel., Fax, E- Mail) peut être mise sur la liste des membres. Il m'est formellement défendu de donner cette liste à une tierce personne. Ces dates sont confidentielles et ne sont pas communiquées à autrui, sauf aux membres de Novaria.

Je me mets à disposition comme personne de contact pour donner d'éventuels renseignements aux personnes qui devraient être transplantés ou qui sont sur la liste d'attente.

J'aimerais aussi aider aux stands d'informations (p. ex. Journée Nationale de transplantation)

Remarques : _____

Lieu / Date / Signature : _____

A envoyer à : NOVARIA, 8000 Zurich ou info@novaria.ch