

- ☐ Personne seule (CHF 50.-/an)
☐ Couple (CHF 80.-/an)
☐ Famille monoparentale (CHF 70.-/an)
☐ Famille (CHF 100.-/an)

Titre *

☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom *

Nom *

Téléphone privé

Téléphone portable *

E-mail *

Rue *

NPA *

Localité *

Date de naissance *

 / /

Profession *

Maladie rare *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle / lesquelles *

☐ Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles *

☐

☐ inconnue

À remplir uniquement pour l'enregistrement en tant que couple ou famille

Conjoint·e

☐ Madame ☐ Monsieur

Prénom *

Nom *

Téléphone portable

E-mail

Date de naissance *

 / /

Profession *

Maladie rare *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle / lesquelles *

☐ Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles *

☐

☐ inconnue

À remplir uniquement pour l'enregistrement en tant que famille ou famille monoparentale

Nombre d'enfants (moins de 18 ans)

Enfant 1

Prénom *

Nom *

Date de naissance (moins de 18 ans) *

 / /

Maladie rare *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle / lesquelles *

☐ Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles *

☐

☐ inconnue

Enfant 2

Prénom *

Nom *

Date de naissance (moins de 18 ans) *

 / /

Maladie rare *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle / lesquelles *

☐ Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles *

☐

☐ inconnue

Enfant 3

Prénom *

Nom *

Date de naissance (moins de 18 ans) *

 / /

Maladie rare *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle / lesquelles *

☐ Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles *

☐

☐ inconnue

BÉNÉFICIAIRES

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT

Je demande mon enregistrement en tant que *

☐ Personne atteinte de maladie rare

☐ Proche

Lien avec la personne concernée *

Date de naissance de la personne concernée *

 / /

☐ Professionnel

Êtes-vous membre d'une autre organisation de patients ? *

☐ Non

☐ Oui si oui, laquelle ? *

Remarques

En signant ce formulaire, j'accepte de recevoir les informations de MaRaVal par courriel.

Lieu et date

Signature