



BULLETIN D'ADHESION 2025 *Valable jusqu'au 31/12/2025*

Renouvellement Oui Non (1^{ère} adhésion)

Statut : Particulier Entreprise Association

NOM / Prénom :

Civilité : Madame Monsieur

Adresse Postale :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Adresse Mail :

La Fructosémie

NOM / Prénom - personne atteinte de la fructosémie :
.....

Date de Naissance : Date du diagnostic :

Concerné : Malabsorption au fructose : Fructosémie Héritaire / congénitale

Je déclare par la présente, devenir membre de l'association *Fructos'Amis pour la vie, Fructosémie, Association Française pour les intolérants au fructose*, soumise à la Loi 1901. A ce titre, je reconnais l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts qui sont mis à disposition sur le site internet.

Les informations recueillies sont nécessaire pour votre adhésion. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles. **J'accepte de verser ma cotisation dû pour 1 an.**

Adhésion jusqu'au 31 décembre 2025

Cotisation 25 € : Faire un don de : €

Montant Total : €

Payé : Chèque à l'ordre « Fructos'Amis pour la vie »

Virement IBAN : FR76 1780 6001 7204 1221 5549 377 BIC AGRIFRPP878

A le

BULLETIN D'INSCRIPTION ET REGLEMENT A COMPLETER ET A RENVOYER A