



AUTORISATION DE COMMUNIQUER VOS COORDONNEES A LA DEMANDE D'AUTRES PATIENTS ATTEINTS DE MASTOCYTOSE

Un grand nombre d'entre vous souhaiterait pouvoir communiquer avec d'autres personnes également concernées par la Mastocytose. Cependant, afin de préserver la liberté de chacun nous n'allons pas mettre en ligne les coordonnées de ceux qui nous en donnerons l'autorisation, mais tenir à disposition un fichier qui vous permettra en le demandant par téléphone au 01.47.20.00.14, de connaître les coordonnées d'autres patients. Seuls seront répertoriés les adhérents qui en auront fait la demande expresse (cf. bulletin joint) et ces coordonnées ne seront communiquées qu'aux personnes adhérentes.

Si tel est votre désir, nous vous remercions donc de bien vouloir nous retourner le coupon ci-après afin que nous puissions effectuer les mises à jour éventuelles.

- Autorisation de "parution" dans l'annuaire AFIRMM -

A adresser à A.F.I.R.M.M. - 3, avenue George V - 75008 Paris - ☎ 01 47 20 00 14 - contact@afirmm.com

Nom *
Prénom *
N° adhérent Date de naissance
Adresse *
.....
Téléphone * Portable
Adresse e-mail *
Profession

Je, soussigné(e) autorise l'AFIRMM à transmettre mes coordonnées uniquement aux adhérents en ayant fait la demande expresse auprès de l'association.

Pour valoir ce que de droit

Date

Signature

(* champs à remplir obligatoirement)