

DECLARATION D'ADHESION à adresser à :

Les Mutilés de la Voix  
de la Région Rhône-Alpes  
3, rue Grillet - 69007 LYON  
Tél. 04 78 58 35 88

NOM (en capitales) M., Mme ou Mlle ..... Prénom.....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... e.mail .....

déclare adhérer à l'association en qualité de membre : actif (opéré) ou sympathisant ou bienfaiteur,  
déclare souscrire un abonnement à la revue trimestrielle d'information, d'étude et de recherche sur les problèmes  
des Mutilés de la Voix : "LE MUTILE DE LA VOIX". Sauf dénonciation de ma part avant le 1<sup>er</sup> novembre de l'année  
en cours, cet abonnement sera renouvelé par tacite reconduction sous réserve pour moi du paiement annuel de  
son montant.

Je règle cotisation et abonnement à l'Association dont je dépends  
par chèque bancaire ou espèces -

Fait à ..... le .....

Signature

### RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR LES MEMBRES ACTIFS

Date de naissance ..... Date de l'opération .....

Nationalité ..... Nom du chirurgien .....

Situation de famille : marié - veuf - célibataire ..... Lieu de l'intervention.....

Nombre d'enfants à charge ..... Clinique .....

Profession et fonction avant l'intervention : ..... Hôpital.....

Retraité, Sans emploi, votre ancienne profession : ..... Implant phonatoire : ... OUI..... NON .....

Vos remarques éventuelles :

N.B.- L'adhérent est informé du traitement informatique de son bulletin, que les renseignements fournis ne seront pas communiqués nominativement et qu'il peut s'opposer à ce traitement par simple déclaration annexe. Nos services étant assurés par des bénévoles ayant subi la même opération que vous, nous vous demandons de ne pas vous inquiéter si la délivrance de votre carte d'adhérent subit parfois quelque retard