

L'association des patients atteints des maladies SMP (les Syndromes MyéloProlifératifs)

## Formulaire de demande d'adhésion

Civilté :

**Madame** Prénom : \_\_\_\_\_

Nom marital : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

**Mademoiselle** Prénom : \_\_\_\_\_

**Monsieur** Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Situation de famille : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. fixe : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Maladie :  Thrombocytémie Essentielle  Maladie de Vaquez (Polyglobulie)

Myélofibrose (splénomégalie myéloïde)  Leucémie Myéloïde Chronique

Autre à préciser : \_\_\_\_\_

Traitements en cours : \_\_\_\_\_

Hématologue : \_\_\_\_\_

CHU/Hôpital : \_\_\_\_\_

Autres précisions utiles : \_\_\_\_\_

Cotisation :  30 € pour l'année  plus de 30 € précisez la somme : \_\_\_\_\_ €

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_