



association  
pour la lutte contre les  
maladies inflammatoires  
du foie et des voies biliaires

albi

## Bulletin d'adhésion

A adresser à : **ALBI 3, Rue Louis Le Vau 78000 VERSAILLES**

Nom ..... Prénom .....

Rue .....

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

Téléphone ..... Portable .....

e-Mail .....

Sexe Masculin  Féminin

Date de Naissance ..... / ..... / .....

Souhaitez-vous :  
participer au forum Internet d'ALBI  
avoir des réunions régionales  
recevoir des informations par courrier  
aider l'association

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(merci de nous faire part de vos préférences et de vos possibilités)

Renseignements donnés à titre facultatif :

Etes-vous atteint d'une maladie biliaire inflammatoire Oui  Non

Si oui, Date du diagnostic ..... / ..... / .....

Maladie (CBP,CSP,autre) .....

stade .....

Etes vous en attente de  
transplantation ? .....

Acceptez-vous que votre adresse internet et votre numéro de téléphone soient  
communiqués à d'autres membres de l'Association ? :

Avez-vous des suggestions : .....

Membre: cotisation annuelle minimum : 20€ +don éventuel de .....=.....€. chèque à l'ordre d'ALBI  
à joindre au bulletin et à expédier à l'adresse indiquée : **A.L.B.I. 3, rue Louis Le Vau 78000 Versailles**

Date : ..... / ..... / .....

Signature : ..... (interne  
t)t