



Association des Malades Souffrant d'Angioedèmes Bradykiniques
31, rue de Châteaufort 91400 ORSAY <https://www.amsao.fr>

BULLETIN D'ADHESION

Nom..... Prénom

Adresse

.....

Code Postal..... Ville.....

Téléphone E-mail

Date de naissance

souhaite adhérer à l'association AMSAO.

La cotisation annuelle est de 20 €.

(Bulletin à renvoyer à l'adresse ci-dessous, accompagné d'un chèque à l'ordre d'AMSAO)

.....

Je souffre d'angio-œdème :

type... 1 2 3

héréditaire **acquis**

Nom et adresse de votre médecin spécialiste

.....

Date

Signature

*Notre association accepte les dons. Ceux-ci sont déductibles des impôts.
Pour tout don, nous vous ferons parvenir un reçu fiscal.*