

INSCRIPTION ANMELDUNG ISCRIZIONE

Cotisation annuelle / Jahresbeitrag / Quota annuale

<input type="checkbox"/> Individuelle : SFr. 60.- <input type="checkbox"/> Einzelperson : SFr. 60.- <input type="checkbox"/> Individuale : SFr. 60.-	<input type="checkbox"/> Famille (minimum 2 personnes) : SFr. 50.- par personne dès 18 ans <input type="checkbox"/> Familie (mind. 2 Personen) : SFr. 50.- pro Person ab 18 Jahren <input type="checkbox"/> Famiglie (minimo 2 persone) : SFr. 50.- dai 18 anni			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nom et Prénom / de la 2ème personne</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Name und Vorname / der 2. Person</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cognome e nome della 2a persona</td> </tr> </table> </div>		Nom et Prénom / de la 2ème personne	Name und Vorname / der 2. Person	Cognome e nome della 2a persona
Nom et Prénom / de la 2ème personne	Name und Vorname / der 2. Person	Cognome e nome della 2a persona		
Nom et Prénom / Name und Vorname / Cognome e nome				
Adresse / Adresse / indirizzo				
NPA-Ville / PLZ-Wohnort / CAP Domicilio				
Tél. fix et portable / Festnetz u. Handy / Tel.fissa e cellulare				
Genre / Geschlecht / Genere	<input type="radio"/> masculin / männlich / maschile <input type="radio"/> féminin / weiblich / femminile			
Date de naissance / Geburtsdatum / Data di nascita	Jour / Tag / giorno Mois / Monat / mese Année / Jahr / anno			
E-mail				

Nous vous sommes reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions suivantes

Wir sind Ihnen dankbar, folgende Fragen zu beantworten

La ringraziamo per voler gentilmente rispondere alle seguenti domande

Souffrez-vous de fibromyalgie ? Leiden Sie an Fibromyalgie ? Lei Soffre di fibromialgia?	<input type="radio"/> oui / ja / si <input type="radio"/> non / nein / no
Votre maladie est-elle reconnue par un médecin ? Ist ihre Krankheit von einem Arzt anerkannt? La sua malattia è riconosciuta da un medico?	<input type="radio"/> oui / ja / si <input type="radio"/> non / nein / no
Désirez-vous participer au fonctionnement d'un groupe ? Wären Sie bereit, sich für eine Selbsthilfegruppe einzusetzen? Desidera partecipare al funzionamento di un gruppo?	<input type="radio"/> oui / ja / si <input type="radio"/> non / nein / no
Langue désirée pour la correspondance Gewünschte Sprache für die Korrespondenz Lingua desiderata per la corrispondenza	<input type="radio"/> français <input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> italiano
Abonnement à forumR (journal de la LSR, 4x/an) Jahresabonnement für forumR (Zeitung der SRL, 4x/Jahr) Abbonamento alla rivista forumR (giornale LSR, 4 pubblicazioni/annuali)	<input type="radio"/> oui / ja / si <input type="radio"/> non / nein / no

Remarques/Bemerkungen/Osservazioni :

Les statuts de l'ASFVM sont à disposition sur notre site internet www.suisse-fibromyalgie.ch ou peuvent être demandés au bureau de l'ASFVM, tél. 024 425 75 95 ou par e-mail à info@suisse-fibromyalgie.ch. Par ma signature ci-dessous, je confirme avoir pris connaissances des statuts et les accepte.

Die Statuten der SFMV stehen auf unserer Homepage www.suisse-fibromyalgie.ch zur Verfügung oder können im Sekretariat, Tel. 024 425 95 75 oder E-Mail an info@suisse-fibromyalgie.ch angefordert werden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Statuten eingesehen habe und sie akzeptiere.

Gli statuti dell'ASFVM sono a disposizione sul nostro sito internet www.suisse-fibromyalgie.ch o possono essere richiesti all'ufficio dell'ASFVM al numero di tel. 024 425 95 75 o per e-mail info@suisse-fibromyalgie.ch. Con la mia firma sottostante, confermo di aver letto gli articoli e di accettarli.

Lieu /Ort/ Luogo/ & Date/Datum/Data :

Signature/Unterschrift/Firma :