

AFM TÉLÉTHON

INNOVER POUR GUÉRIR



BULLETIN D'INSCRIPTION A RETOURNER AVANT 24 mars 2014

AFM SERVICE REGIONAL BRETAGNE

105, route de Moncontour

22950 TREGUEUX

NOM et Prénom.....

Adresse :

.....

Tel : Mail :

O Oui, je participerai O Je serai accompagné(e) de personne(s)

O Buffet : Votre participation au buffet est de 5 euros par adulte

Merci de nous retourner votre bulletin d'inscription accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de l'AFM

O J'ai besoin d'un co-voiturage O Je propose un co-voiturage

Questions que vous souhaiteriez voir abordées par les intervenants :

Aspects médicaux (diagnostic, traitement, recherche) :

.....
.....
.....
.....

Vie quotidienne :

.....
.....
.....
.....

Autres :

.....
.....
.....
.....