

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez nous aider dans notre démarche visant à travailler avec les services de santé afin que tous les patients atteints de la maladie de Fabry soient pris en charge à 100 % et puissent bénéficier du traitement.

Nous avons besoin de vous pour mener cette tâche à bien. En effet, votre contribution permettra à l'association d'être encore plus représentative et de ce fait plus performante.

Nous vous remercions de votre aide.

La présidente et le Conseil d'Administration

---

❖ Nom : .....

❖ Prénom : .....

❖ Adresse : .....

❖ Code Postal : ..... Ville : .....

❖ Pays : .....

❖ ☎ : .....

❖ ⓘ : .....

❖ 💻 : .....

---

Je désire faire un don à l'APMF en tant que membre bienfaiteur et je verse la somme de ..... €

Je désire recevoir ..... exemplaire(s) du guide « La maladie de Fabry en 2 fois 40 questions ». Participation aux frais d'envois : 3 € par exemplaire.

Je souhaite être régulièrement tenu au courant des activités de l'APMF

Courrier à envoyer, accompagné d'un chèque à l'ordre de l'APMF à l'adresse suivante :

**APMF - 9 rue de la gare - 08160 VENDRESSE**