



Association Chrysalis Genève / Bypass gastrique
Bulletin d'adhésion

Nom et prénom :

Sexe : Femme Homme Date de naissance :/...../.....

E-mail :

Téléphone portable :/.....

Désire faire partie du groupe WhatsApp « Bypass » : Oui Non merci

Rue & numéro : NPA & Localité :

Opéré(e) : Oui* Non

**Le cas échéant, merci de remplir également ci-dessous svp*

Date de l'opération :/...../....., par le Dr, Hôpital

Photos sur la page Facebook et/ou le site internet de l'Association : Oui Non

Commentaires éventuels (idées de sorties, thèmes pour réunions, etc.) :

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

Je m'engage à payer la cotisation annuelle de CHF 50.- sur le compte bancaire de l'association au plus tard le 31 janvier de chaque année (ou au moment de l'adhésion). Mon adhésion sera effective dès le paiement effectué et sera reconduite automatiquement chaque année, à moins que je ne fasse part de ma démission écrite par voie postale ou par e-mail au plus tard le 30 novembre pour la fin de l'exercice en cours.

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

Signature :