

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION



EURORDIS
Rare Diseases Europe

**NOM COMPLET ET ACRONYME
DE L'ORGANISATION**

PRÉSIDENT(E)

PAYS

ADRESSE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

COURRIEL

VILLE

FAX

SITE INTERNET

NOM DU CONTACT (POUR EURORDIS)

COURRIEL

TÉLÉPHONE

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE)

TOUTES LES INFORMATIONS DIFFUSÉES PAR EURORDIS VOUS PARVIENDRONT
À L'ADRESSE ET SUR LE COURRIEL DE CETTE PERSONNE CONTACT !

MALADIE(S) REPRÉSENTÉE(S) :

NOMBRE DE MEMBRES :

**APPARTENANCE À D'AUTRES
ORGANISATIONS**

**BUDGET
ANNUEL EN €:**

**ANNÉE DE
CRÉATION:**

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

NOMBRE DE MEMBRES DU CA :

NOMBRE DE MEMBRES DU CA EUX-MÊMES PATIENTS OU COMPTANT UN PATIENT
DANS LEUR FAMILLE :

RESSOURCES FINANCIÈRES

OUI

NON

RECEVEZ-VOUS UN SOUTIEN FINANCIER DE LA PART DE COMPAGNIES
PHARMACEUTIQUES ET D'ENTREPRISES DES BIO-TECHNOLOGIES ?

SI OUI, MERCI DE PRÉCISER :

- le pourcentage de ce soutien dans vos ressources ;
- le nombre d'entreprises de ces secteurs finançant votre organisation

MERCI DE JOINDRE À VOTRE DEMANDE D'ADHÉSION LES DOCUMENTS SUIVANTS :

1. Brève description des principaux objectifs et activités de votre organisation (en anglais si possible)
2. Statuts/règlements de votre organisation
3. Liste des membres de votre Conseil d'administration (en indiquant pour chacun s'il est lui-même patient ou compte un patient dans sa famille)
4. Rapport annuel le plus récent (y compris rapport financier)
5. Publications et/ou matériel pédagogique (si disponible)

Merci de retourner ce formulaire et les documents demandés à :
EURORDIS, Plateforme Maladies Rares, 96 rue Didot, 75014 Paris FRANCE
Pour plus d'informations, contactez Anja Helm :
Tel. 33 1 56 53 52 17, anja.helm@eurordis.org