

DOMANDA DI ADESIONE



EURORDIS
Rare Diseases Europe

**NOME DELL'ASSOCIAZIONE
& ACRONIMO**

PRESIDENTE

PAESE

INDIRIZZO

CODICE POSTALE

CITTÀ

TELEFONO

FAX

E-MAIL

SITO INTERNET

**NOME DELLA PERSONA
DI RIFERIMENTO PER EURORDIS**

E-MAIL

TELEFONO

INDIRIZZO

(SE DIVERSO DALLA SEDE LEGALE)

TUTTE LE COMUNICAZIONI DA PARTE DI EURORDIS SARANNO INVIATE
ALL'INDIRIZZO DI POSTA O E-MAIL DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO
INDICATA IN QUESTA SEZIONE

MALATTIA/E RAPPRESENTATA/E:

NUMERO DI SOCI:

**ADESIONE AD ALTRE
ORGANIZZAZIONI:**

**BILANCIO
ANNUALE IN €:**

**ANNO DI
COSTITUZIONE:**

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

NUMERO DEI COMPONENTI DEL CONSIGLIO:

NUMERO DEI COMPONENTI DEL CONSIGLIO CHE SONO MALATI O FAMILIARI DI MALATI:

SOVVENZIONI

LA VOSTRA ASSOCIAZIONE RICEVE SOSTEGNO FINANZIARIO DA PARTE DI
AZIENDE FARMACEUTICHE O BIOTECNOLOGICHE?

sì

NO

SE SÌ, SPECIFICARE:

- % di questo finanziamento negli utili dell'Associazione
- Numero di aziende farmaceutiche e biotecnologiche che finanziano l'Associazione

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI ALLA DOMANDA:

1. Una breve descrizione delle attività e degli obiettivi principali dell'Associazione (in inglese possibilmente)
2. Statuto / Atto di costituzione dell'Associazione
3. Elenco dei componenti del Consiglio di Amministrazione (indicare per ciascuna persona se si tratta di un malato o di familiare di un malato)
4. Relazione annuale più recente (compresa la relazione finanziaria o bilancio)
5. Pubblicazioni e/o materiale informativo (se disponibile)

Inviare la domanda e i documenti allegati a:

EURORDIS, Plateforme Maladies Rares, 96 rue Didot, 75014 Paris FRANCE

Per maggiori informazioni contattare Anja Helm: Tel. 33 1 56 53 52 17, anja.helm@eurordis.org