



Date

Formulaire d'Adhésion

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal

Localité

Pays

Canton

Date de naissance

Téléphone

Natel

Sexe

F

M

Adresse e-mail

Langues parlées

Je souhaite devenir membre de l'Association Romande du Syndrome de Sjögren (ARSYS)
cotisation annuelle: 30.-CHF

Le montant total est à verser sur le compte postal :

17-245810-7

IBAN CH64 0900 0000 1724 5810 7

en n'oubliant pas d'indiquer vos nom et prénom ainsi que "cotisation" dans le champ *Communications* du bulletin de versement.

Votre adhésion sera effective dès que nous aurons reçu ce formulaire et votre cotisation. Vous recevrez alors une confirmation dans les semaines qui suivent.

Comment avez-vous connu l'association?

Avez-vous régulièrement la possibilité d'accéder à internet? oui non

Les données vous concernant sont confidentielles. Vous pouvez demander à les modifier à tout moment. Des bulletins de versement libellés au nom de l'ARSYS sont disponibles sur demande.

Vos renseignements nous sont précieux!

Le questionnaire suivant est facultatif. Ces données sont indispensables à notre cause et seront utilisées à des fins statistiques et pour mieux connaître vos attentes. Elles sont confidentielles.

Etes-vous atteint(e) d'un syndrome de Sjögren? oui non peut-être

Etes-vous atteint(e) d'un syndrome sec? oui non peut-être

Etes-vous atteint(e) d'une ou plusieurs autres maladies auto-immunes?

Etes-vous atteint(e) d'une ou plusieurs autres maladies non auto-immunes?

A quelle date votre syndrome
a-t-il été diagnostiqué?

D'après vous, à quelle date votre
syndrome a-t-il débuté?

Vous sentez-vous limité(e) dans vos activités/travail à cause de votre syndrome?

beaucoup assez un peu peu non

Connaissiez-vous déjà une autre personne atteinte d'un Sjögren avant de nous contacter? oui non

Qu'attendez-vous de l'association? Qu'aimeriez-vous y trouver en particulier?

Nous envoyons une **liste de nos membres** cherchant à entrer en contact avec d'autres personnes concernées par le Sjögren à chaque adhérent. Si vous souhaitez vous aussi entrer en contact avec d'autres membres de l'ARSYS et figurer sur cette liste, veuillez cocher ci-dessous les informations que vous nous autorisez à partager.

prénom nom natel e-mail si vous êtes atteint(e) du Sjögren
 adresse localité téléphone ou d'un syndrome sec

Nous avons également créé un "**Réseau du Syndrome de Sjögren**" qui est une **liste de contacts ouverte aux membres de l'ARSYS et aux personnes non-membres concernées par le Sjögren ou un syndrome sec**. Sur cette liste figurent des informations de base: le prénom, la localité, atteint(e) d'un Sjögren ou non, membre de l'ARSYS ou non plus au moins l'une des 3 informations ci dessous (qui devra alors être renseignée). **Cette liste est privée**: seuls les membres de l'ARSYS et les personnes non-membres elles-mêmes inscrites sur la liste y auront accès.

Je souhaite figurer dans la liste "Réseau du Syndrome de Sjögren"; je peux demander à modifier ou ôter mes informations à tout moment.

Choisissez au moins l'une de ces informations qui téléphone natel e-mail
figurera sur la liste en plus de vos informations de base:

Ce présent formulaire est à nous renvoyer en fichier joint par e-mail à **info@sjogren.ch**

ou par courrier à : **Association Romande du Syndrome de Sjögren**
1800 Vevey

Pour nous renvoyer ce formulaire par e-mail, remplissez-le, imprimez-le en format pdf puis mettez le fichier ainsi créé en pièce jointe dans votre e-mail. Si vous ne parvenez pas à créer un fichier pdf, imprimez le formulaire sur papier et envoyez-le nous par poste.

Merci de vérifier que le fichier que vous nous envoyez est bien lisible.