



AMOC

ASSOCIATION DES MALADES OPERES ET CARDIAQUES

ASSOCIATION REGIE PAR LA LOI 1901

SIEGE SOCIAL : 55 AVENUE MARECHAL DE LATTRE DE TASSIGNY
33700 MERIGNAC

BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e)

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM

PRENOM

DATE DE
NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

EMAIL

TELEPHONE



Cotisation annuelle à l'ordre de l'amoc laissée à la générosité de chacun, avec un minimum de 30 €, à envoyer avec le bulletin, ainsi que 2 photos d'identité, au Siège social.

RENSEIGNEMENTS JUSTIFICATIFS

Nature de l'affection : dilaté, ponté, valvé, greffé, stimulé, autres :

ANTICOAGULANT OUI NON GROUPE SANGUIN / RHEUS

Date de(s) l'intervention (s)

Lieu HOPITAL CLINIQUE

Indiquer clairement le type, la position et la référence de vos prothèses

Profession avant l'intervention

Situation après l'intervention

Date et signature