

# Adhésion à la FMH

Devenez membre de la Fédération mondiale de l'hémophilie ou renouvelez votre adhésion et joignez-vous à notre réseau de personnes impliquées que travaillent ensemble pour réaliser le « Traitement pour tous ».

Votre adhésion comme membre permet la distribution d'aide humanitaire, la formation de professionnels de la santé, de donner éducation et espoir aux familles à travers le monde. Des milliers de personnes comptent chaque année sur les nombreux programmes qu'offre la FMH. Avec votre aide, nous pouvons faire encore plus. **Joignez-vous à nous dès aujourd'hui!**

## Avec votre adhésion, vous recevez:

- Rabais sur les frais d'inscription aux activités de la FMH (jusqu'à €55) pour le Congrès mondial 2012 de la FMH
- Plus de 20 % de remise sur l'abonnement à *Haemophilia*, la revue officielle de la FMH
- Jusqu'à 80 % de rabais sur les publications de la FMH
- Le *Monde de l'hémophilie*, bulletin de nouvelles de la FMH
- Le rapport annuel de la FMH
- Les communiqués et bulletins électronique diffusés par la FMH



## Catégories de membres

	MEMBRE ASSOCIÉ/ORGANISATION MEMBRE	SUPPORTEUR	INDIVIDUEL	PERSONNE AYANT UN TROUBLE HÉMORRAGIQUE/MEMBRE DE LA FAMILLE
COTISATION ANNUELLE	300 \$US	100 \$US*	60 \$US	30 \$US
NOMBRE DE MEMBRES PAR ADHÉSION	Jusqu'à 6	1	1	1
RABAIS SUR L'ABONNEMENT À HAEMOPHILIA	✓	✓	✓	---
RABAIS SUR LE PRIX DE NOS PUBLICATIONS	✓	✓	✓	✓
RABAIS SUR LES FRAIS D'INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS DE LA FMH	✓	✓	✓	✓
LE MONDE DE L'HÉMOPHILIE	✓	✓	✓	✓
LE RAPPORT ANNUEL DE LA FMH	✓	✓	✓	✓
COMMUNIQUÉS ET BULLETINS DE LA FMH	✓	✓	✓	✓

\* La cotisation de membre bienfaiteur comprend un don de 40 \$US déductible du revenu imposable là où la loi le permet.

## Comment procéder

Vous pouvez retourner le formulaire d'adhésion et de paiement par :

TÉLÉCOPIEUR	ENVOI POSTAL	INTERNET	COURRIEL (info seulement)
1-514-875-8916	Fédération mondiale de l'hémophilie 1425, boul. René-Lévesque O., bureau 1010 Montréal (Québec) H3G 1T7 Canada	Allez à notre site Web, à <a href="http://www.wfh.org">www.wfh.org</a> , et suivez le lien sécurisé du formulaire d'adhésion.	<a href="mailto:membership@wfh.org">membership@wfh.org</a>

**NE PAS** envoyer les renseignements sur votre carte de crédit par courriel – la connexion n'est pas sécurisée.

# Formulaire d'adhésion à la FMH

**Oui, j'appuie la FMH et le *Traitement pour tous* !**

**Veillez m'inscrire comme :**

- MEMBRE SUPPORTEUR** : 100 \$US
- MEMBRE INDIVIDUEL** : 60 \$US
- PERSONNE AYANT UN TROUBLE HÉMORRAGIQUE/MEMBRE DE LA FAMILLE** : 30 \$US

**Veillez inscrire mon CTH/ mon organisme / ma compagnie comme :**

- MEMBRE ASSOCIÉ/ORGANISATION MEMBRE**: 300 \$US (Prière d'indiquer sur une feuille distincte les coordonnées des six personnes de votre organisation qui bénéficieront des avantages pour les adhérents.)

## Vos coordonnées

D<sup>r</sup>    M.    M<sup>me</sup>    M<sup>lle</sup>    Autre \_\_\_\_\_

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

EMPLOYEUR / REGROUPEMENT \_\_\_\_\_

NUMÉRO CIVIQUE, RUE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ PROVINCE / ÉTAT \_\_\_\_\_

CODE POSTAL / ZIP \_\_\_\_\_ PAYS \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR \_\_\_\_\_

## Votre profil

**Cochez toutes les cases appropriées :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES             | <input type="checkbox"/> PERSONNE ATTEINTE D'UN TROUBLE DE COAGULATION ou FAMILLE |
| <input type="checkbox"/> MÉDECIN DE FAMILLE          | <input type="checkbox"/> PHYSIATRE  |
| <input type="checkbox"/> HÉMATOLOGUE                 | <input type="checkbox"/> PHYSIOTHÉRAPEUTE   |
| <input type="checkbox"/> TECHNICIEN DE LABORATOIRE   | <input type="checkbox"/> CHERCHEUR, SCIENTIFIQUE                                  |
| <input type="checkbox"/> EMPLOYÉ D'UNE ONM, BÉNÉVOLE | <input type="checkbox"/> RHUMATOLOGUE   |
| <input type="checkbox"/> SOINS INFIRMIERS            | <input type="checkbox"/> TRAVAILLEUR SOCIAL, PSYCHOLOGUE                          |
| <input type="checkbox"/> ERGOTHÉRAPEUTE              | <input type="checkbox"/> ÉTUDIANT   |
| <input type="checkbox"/> ORTHOPÉDISTE                | <input type="checkbox"/> AUTRE _____  |
| <input type="checkbox"/> PÉDIATRE                    |   |

**Je travaille pour un :**

- CENTRE DE TRAITEMENT OU HÔPITAL
- SECTEUR INDUSTRIEL
- ORGANISME GOUVERNEMENTAL OU RÉGLEMENTAIRE
- ORGANISME SANS BUT LUCRATIF
- AUTRE \_\_\_\_\_

**Langue de correspondance préférée:**    ANGLAIS    ESPAGNOL    FRANÇAIS

**Publication de la FMH en format :**    IMPRIMÉ    ÉLECTRONIQUE

## Mode de paiement

- Ci-joint un chèque ou mandat à l'ordre de la Fédération mondiale de l'hémophilie, libellé en dollars US et tiré sur une banque américaine ou une de ses filiales.
- Je cotise par ma carte :



NUMÉRO DE LA CARTE \_\_\_\_\_ EXPIRATION \_\_\_\_\_



NOM FIGURANT SUR LA CARTE (EN LETTRES MOULÉES) \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_

- Je m'inscris sur [www.wfh.org](http://www.wfh.org), en suivant le lien sécurisé du formulaire d'adhésion.