

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION

---

**Victimes.ch**

7, rue Ferdinand-Hodler  
1207 Genève Suisse

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

Je souhaite adhérer à l'association Victimes.ch et déclare avoir pris connaissance des statuts, notamment l'article 3 alinéa 2.

Montant de la cotisation annuelle, CHF : 80.-

Après acceptation de votre demande par le comité, vous recevrez un bulletin de versement à l'attention de l'association.

Lieu et Date : .....

Signature

---

Association d'aide aux victimes d'erreurs médicales

**Victimes.ch**

www.victimes.ch

7, rue Ferdinand-Hodler - 1207 Genève Suisse  
Téléphone : +41 22 736 63 03 - Email : contact@victimes.ch  
CCP : 10-723970-2