



# « Connaitre et Combattre les Myélodysplasies »

Président : Patrick Festy - Vice-présidente : Sarah Jenny - Secrétaire : Nicole Bequart - Trésorier : Gilles Lazare

L'association « CONNAITRE ET COMBATTRE LES MYELOYDYSPLASIES » regroupe, depuis juillet 2006, les personnes atteintes de syndromes myélodysplasiques et leurs proches. Elle a l'appui de médecins du Groupe Francophone des Myélodysplasies (GFM). Après une enquête réalisée auprès de patients, l'association a défini les cinq objectifs suivants :

1. Favoriser les échanges d'information entre les patients et leur proches à une échelle nationale et régionale.
2. Contribuer au progrès des soins et de la prise en charge des patients.
3. Faciliter la relation des adhérents avec les spécialistes des myélodysplasies. Soutenir l'action du GFM et collaborer avec lui.
4. Favoriser la recherche sur les myélodysplasies et la mise en place de nouveaux médicaments et traitements, en liaison avec les médecins du GFM.
5. Maintenir une veille sur les progrès obtenus dans le monde et organiser des réunions d'information en présence de spécialistes.

**Si vous souhaitez devenir membre de l'association : veuillez remplir le bulletin ci-dessous et le renvoyer avec votre paiement au siège de l'association. Vous pouvez aussi nous contacter par téléphone au 06 37 22 79 87 (les jeudis de 15 à 19 heures).**

Le montant de la cotisation annuelle est de 20 €

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de : **C. et C. Myélodysplasies**

**Siège social : 19 rue de l'Estrapade 75005 Paris. Adresse électronique : [associationccm@yahoo.fr](mailto:associationccm@yahoo.fr)**  
Association loi de 1901, déclaration parue au Journal Officiel du 1er juillet 2006.

## PARTIE A DECOUPER ET A RENVOYER A L'ASSOCIATION :

✂-----✂

**Bulletin d'adhésion à l'association « Connaitre et Combattre les Myélodysplasies »  
19 rue de l'Estrapade, 75005 Paris**

Je, soussigné(e) ....., souhaite être membre de l'association **Connaitre et Combattre les Myélodysplasies** et je joins le règlement de la cotisation de 20 euros.

Nom, prénom : .....

Adresse  
n°, rue : .....

code postal, ville : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse électronique : .....

Date :

Signature :