



Société francophone pour l'étude
de la **maladie de Wilson**

Vos coordonnées :

Nom : Prénom :
Spécialité :
Structure :
Service :
Adresse :
.....
Code postal : Ville :
Pays :
Tel : Fax :
E-Mail :

Suivez-vous des patients atteints de Maladie de Wilson :
(Renvoyer le questionnaire rempli même en cas de réponse négative)

OUI	NON
-----	-----

Si oui, nombre approximatif de patients :

Autorisez-vous la figuration de vos coordonnées dans l'annuaire du réseau francophone de notre site web ?

OUI	NON
-----	-----

Bulletin à renvoyer à :

*Pr Alain Lachaux
Société Francophone pour l'Etude de la Maladie de Wilson
Unité d'Hépatogastroentérologie Pédiatrique
Hôpital Femme Mère Enfant
59 boulevard Pinel
69677 BRON Cedex
Adresse E-mail : info@maladie-de-wilson.com
Fax : 04 27 85 67 56*