

**Journée patients Syndromes Myéloprolifératifs 11 janvier 2025**

M. Mme Nom (ou initiales) : .....

Prénom .....

CP - Ville.....

Tél. ....

E-mail .....

**Je viendrai accompagné(e) de ..... personne(s).**

Merci de renvoyer ou de déposer ce coupon-réponse au secrétariat  
de votre service d'hématologie

Coupon réponse