



BULLETIN D'ADHESION/DON 2023

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Votre adresse messagerie : _____ @ _____

Profession/Activité : _____

Téléphone domicile □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Téléphone professionnel □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Portable □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

J'ai pris connaissance des objectifs de l'Association Valenciennoise pour le Développement des Soins Palliatifs et je souhaite apporter mon concours en tant que :

membre sympathisant ou membre actif

Je règle ma cotisation d'un montant de 20 € ou plus : _____ €

Je souhaite un reçu fiscal (délivré à partir de 20€)

Numéro du chèque :

Nom de la banque :

Date :

Signature

A.V.D.S.P.

Association Valenciennoise pour le Développement des Soins Palliatifs

140 rue Jean Jaurès 59880 SAINT SAULVE - ☎ 03.27.25.17.28

🌐 www.avdsp.org - 📧 a.v.d.s.p@orange.fr

SIREN 409 337 102 – SIRET 409 337 102 00035 – APE 8899B