



## BULLETIN D'ADHESION/DON 2024

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 Valencienne 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 : \_\_\_\_\_ €

Par chèque.      Numéro du chèque : \_\_\_\_\_      Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Par virement. IBAN FR76 1627 5500 0008 0015 6798 841      avec référence : « Don AVDSP »

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

Date :

Signature

### **A.V.D.S.P.**

Association Valencienne 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

