



ASPP Eiréné
Association de Soins Palliatifs Pédiatriques

Bulletin de soutien

NOM :

Prénom :

Qui êtes-vous ?

Parent Professionnel de santé Bénévole Sympathisant Autre

Adresse:

.....

Tél :

E-mail :

Soutient l'association et effectue un versement de 10 €

Effectue un don de €

(Chèque à libeller à l'ordre de l'ASPP Eiréné)

Fait à le / / 20.....

Signature

A renvoyer avec votre règlement à :

ASPP Eiréné
122 rue de la Liberté
59650 Villeneuve d'Ascq

Nous pouvons être amenés à diffuser sur notre site des photos de manifestations sur lesquelles nos adhérents apparaissent. Vous avez le droit de vous opposer à cette diffusion. Dans ce cas, merci de nous le faire savoir en cochant la case ci-dessous.

Je refuse que mon image soit diffusée sur le site internet de l'association.