



ASPP Eiréné

Association de Soins Palliatifs Pédiatriques

BULLETIN DE SOUTIEN

NOM : _____

Prénom : _____

Qui êtes-vous ?

Parent Professionnel de santé Bénévole Sympathisant

Autre : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Adresse messagerie : _____@_____

Effectue un don de _____ € (Chèque à libeller à l'ordre de l'ASPP Eiréné)

Fait à : _____ Le ____/____/____

Signature :

Bulletin à envoyer avec votre règlement à :

ASPP Eiréné

20 rue Simons

59120 LOOS

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.