

BULLETIN de DON



Civilité* : Madame Monsieur

Nom* : Prénom* :

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

Fixe :

Portable :

Mail :

Je déclare souhaiter soutenir l'association ASDGLUT1 en faisant un don.

En ma qualité de membre bienfaiteur de l'association ASDGlut1, je certifie que les informations d'inscription fournies sur ce bulletin sont exactes.

Montant du don :€

Veuillez trouver ci-joint mon règlement d'un montant de euros

correspondant au montant de mon don .

-par chèque à l'ordre de l'association ASDGlut1

A retourner à ***: [Association sur le Syndrome du Déficit de Glut1](#)
[4A allée des sports 64600 Anglet](#)

-par virement (avec dans l'intitulé DON+votre nom)

IBAN: FR8720041010012132139L02260
BIC: PSSTFRPPBOR
Domiciliation: Bordeaux centre financier

Fait à :

Le :

Signature :

NOS MISSIONS

Partager

diffuser

communiquer

soutenir

accompagner

Aider

Réunir

échanger

Participer

Conformément à la loi Informatique & libertés, nous vous informons que vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art. 34 de la loi Informatique & libertés). Pour l'exercer, adressez-nous votre demande par écrit.