

BULLETIN DE SOUTIEN

Je soussigné :

adresse :

code postal : ville :

numéro de téléphone : mail :@.....

désire adhérer aux 3 objectifs de l'AFHA : « Rassembler, soutenir et informer » .

Votre lien avec l'AFHA : famille amis manifestations autre :

Je participe à la réalisation de ces objectifs avec un don de€

Je règle mon don par :

par chèque à l'ordre de l'AFHA :



Association Française de l'Hémiplégie Alternante
6 Rue Madeleine Caze 78440 ISSOU

par virement bancaire, envoyer un mail à notre trésorerie pour obtenir le RIB :

tresorerie.afha@hotmail.com

(merci de nous communiquer votre adresse et le montant du don pour l'envoi du reçu fiscal)

par carte bleue :



Site internet : www.apayer.fr

Nom de l'association : « ASS FRANCAISE DE L'HEMIPLÉGIE ALTERNANTE »

Je souhaite recevoir mon reçu fiscal : oui, par mail oui, par courrier non

Par amitié pour :(facultatif)

date : signature :