

Bulletin d'adhésion



Merci de remplir ce formulaire puis de le retourner à :

France Lymphome Espoir
1 avenue Claude Vellefaux
75475 Paris Cedex 10

Montant de la cotisation annuelle : 20 €.

Pour soutenir l'action de France Lymphome Espoir, j'ajoute un don de : €.

Votre chèque doit être libellé au nom de « France Lymphome Espoir ».
Vous recevrez ensuite par courrier votre carte d'adhérent.

M^{me} M^{lle} M.

Nom* :

Prénom* :

Adresse* :

Code Postal* :

Ville* :

Pays :

Tél. :

E-mail :

* obligatoire

Je souhaite être informé(e) des possibilités de bénévolat à France Lymphome Espoir.

J'accepte que mes coordonnées puissent être transmises à d'autres adhérents de France Lymphome Espoir.

Je souhaite recevoir la newsletter de l'association.

Je préfère la recevoir par email par courrier

Je désire recevoir un reçu ouvrant droit à la réduction de l'impôt sur le revenu.

Note 1 : Vous pouvez adhérer, payer votre cotisation et faire un don par carte bancaire sur notre site internet www.francelymphomeespoir.fr. Votre reçu vous sera envoyé immédiatement par e-mail.

Note 2 : L'adhérent s'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur tenus à sa disposition au siège de l'association.

Signature :

