



# BULLETIN DE DON

Madame       Monsieur       Madame et/ou Monsieur

Reçu fiscal au nom de     M                    ou                     Mme                    ou                     Mme M                    (cochez votre choix)

Nom ..... Prénoms.....

Adresse.....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse e.mail .....

**La majorité de notre communication passe par votre mail, celui-ci est donc important pour recevoir nos informations.**

Souhaite soutenir l'Association L'Eveil Syndrome de Sotos et troubles apparentés en qualité de :

Membre bienfaiteur et adresse un don (montant à convenance).

Lien avec une personne atteinte du syndrome de SOTOS :

Parent

Famille

Amis

Médecin ou Profession paramédicale en charge d'une personne atteinte

Autres .....

Ci-joint, un don de..... par :

Chèque libellé à l'ordre de « SOTOS ASSOCIATION – L'EVEIL »

Virement à l'IBAN FR76 3000 4018 5800 0100 0414 179

Autre (à préciser).....

Les dons sont à adresser à

**L'EVEIL – ASSOCIATION POUR LE SYNDROME DE SOTOS ET TROUBLES APPARENTES**

**Lieu-dit Les Sources 72550 Fay**

Un reçu fiscal vous sera adressé au plus tard en début d'année suivante.

La gestion de l'Association étant transparente, vous pouvez demander à consulter les bilans comptables à tout moment en vous adressant à [tresorerie@sotoseveil.fr](mailto:tresorerie@sotoseveil.fr) .

Fait à..... le .....