



Bulletin d'adhésion et de soutien

Nom (obligatoire) :

Prénom (obligatoire) :

Adresse :

CP : Ville (obligatoire) :

Tél (**obligatoire**) E-mail (**obligatoire**):

Profession : Retraité sans emploi

<p>❖ Je souhaite ADHERER à l'AFDE (1 an = 20 €)</p> <p>❖ Je souhaite FAIRE UN DON d'un montant de € pour un reçu fiscal, nous contacter (tresorier@afde.net)</p>
--

- Combien de membres de votre famille sont touchés par la DE ?
- Type de DE :
- Année de naissance des personnes concernées :

Chèque à libeller à l'ordre de l'Association Française des Dysplasies Ectodermiques

Et à retourner à :

M. Christian CLEMENT
Association Française des Dysplasies Ectodermiques
4, rue du Foyer
71150 FONTAINES

Commentaires ou suggestions:

.....

.....

.....

* Pour faire un don ET adhérer, cocher les 2 cases « Adhérer » et « faire un don ».



* Pour faire un don ET adhérer, cocher les 2 cases « Adhérer » et « faire un don ».