

NOUS SOUTENIR

Coupon à retourner avec votre don à Alliance Maladies Rares – Gestion – 96 Rue Didot – 75014 PARIS

Un reçu fiscal vous sera adressé pour le montant de votre don à l'adresse indiquée ci-après.

☐ Mademoiselle ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM :

PRENOM :

ENTREPRISE :

ADRESSE :

COMPLEMENT D'ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Téléphone :

Mail: ✉.....@.....

souhaite soutenir l'Alliance Maladies Rares

☐ chaque mois ☐ chaque trimestre ☐ chaque semestre ☐ ponctuellement

par un don d'un montant de euros

☐ **Virement bancaire**

IBAN : FR76 1751 5900 0008 2725 7598 548 BIC : CEPAFRPP751

Nom de la Banque : Caisse d'Epargne Ile de France

N'oubliez pas de mentionner vos coordonnées pour que nous puissions vous adresser le reçu fiscal.

☐ **Chèque bancaire ou postal**

À l'ordre de : ALLIANCE MALADIES RARES

Signature

Souhaiterez-vous recevoir des informations par email ? ☐ Oui ☐ Non

N.B. : Les informations recueillies restent confidentielles et sont nécessaires au traitement administratif de votre don. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont gérées par la Responsable Administration-Finances. Elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification selon les dispositions de la loi du 6 janvier 1978. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant ou vous désinscrire de l'envoi par email, veuillez-vous adresser à Aly Bangoura par email à l'adresse suivante : abangoura@maladiesrares.org