

# BON DE SOUTIEN

Je joins mon règlement à l'ordre de « Médecins de l'Espoir » par chèque bancaire ou postal à l'adresse suivante :

**MEDECINS DE L'ESPOIR**  
**Boulevard Marcel Dassault - Centre Médical Arnasa - Espace des Templiers**  
**64200 BIARRITZ**

**Donateur :**  Particulier  Société : .....

Melle            Mme            Mr

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

N°, Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_ Lieu-dit, B.P. : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Montant du don

30 €     50 €     75 €     100 €     150 €     € (autre montant)

Dès réception de votre don, MDE vous fera parvenir un reçu fiscal dans les meilleurs délais. Un don de 30 € ne vous coût en réalité que 10,20€ car 66% de la totalité de votre versement sont directement déductibles de votre impôt dans les limites fixées par la législation en vigueur.

**Date :**

Informatique et libertés :

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, toute personne inscrite dans notre fichier peut, sur simple demande, avoir accès aux informations la concernant et en demander la correction ou la radiation en adressant un courrier à l'adresse du Comité