

BULLETIN DE PARTICIPATION DON POUR LA RECHERCHE

Date :/...../.....

MES COORDONNÉES

Mme

Mlle

Mr

NOM : Prénom :

Adresse.....

.....

Code Postal : Ville :

E-mail : @

MONTANT DU VERSEMENT

Je souhaite participer à la recherche contre le cancer et je fais un don de € à l'ordre du C.R.L.C. Val d'Aurelle.

A retourner à l'adresse ci-dessous

C.R.L.C. Val d'Aurelle
Service Financier
Parc Euromédecine
34298 MONTPELLIER CEDEX 5