

Madame, Monsieur,

Vous désirez participer à nos actions pour faire connaître la maladie de Fabry en faisant un don à l'APMF :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

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

Pays : .....

Fixe : .....

Portable : .....

Mail : .....

Je désire faire un don à l'APMF en tant que membre bienfaiteur et je verse la somme de .....€.

Je souhaite être régulièrement tenu au courant des activités de l'APMF par e-mail.

Courrier à envoyer, accompagné d'un chèque à l'ordre de l'APMF à l'adresse suivante :

**APMF - 21, rue Monge – 21160 Marsannay La Cote**

Nous vous remercions pour votre soutien !