



## Bulletin d'adhésion / don pour soutenir les familles et la recherche

**Je souhaite adhérer 20euros/an** (à compter de la date de réception)

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... e-mail : .....

Prénom du malade : .....

Date de naissance : .....

Médecin : ..... hôpital : .....

**Je souhaite faire un don de : .....** € euros,  
*En contrepartie vous recevrez un reçu fiscal*

Imprimer, compléter et renvoyer accompagné de votre règlement ce bulletin à

**Association A.M.Mi**  
**20 avenue du Parc de Lescure**  
**33000 Bordeaux**