

bulletin de soutien



Mme Mlle M.

adresse _____

Code postal Ville _____



@ _____

Profession (facultatif) _____

- je souhaite soutenir l'action de l'ASTB en faveur des familles touchées par la STB et faire progresser la connaissance de la maladie

je verse un don de :

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 150 € | <input type="checkbox"/> 80 € | <input type="checkbox"/> 15 € |
| <input type="checkbox"/> 100 € | <input type="checkbox"/> 30 € | <input type="checkbox"/> ____ € |

- je souhaite recevoir le journal de liaison trimestriel de l'association
- par mail par courrier

- je serais prêt à aider l'association (facultatif) :

- dans le cadre de mes compétences professionnelles
(merci de préciser lesquelles) _____
- comme bénévole sur des actions ponctuelles
(stand dans des salons, campagne de collecte de fonds, etc)
- autre _____

**Bulletin à retourner avec votre chèque libellé à l'ordre de l'ASTB à :
Trésorier ASTB – 11 avenue Franklin Roosevelt 92330 Sceaux**

Pour votre soutien ou pour votre adhésion, un reçu fiscal vous sera adressé et vous pourrez déduire du montant de vos impôts 66% de votre don dans la limite de 20% du revenu imposable.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. Les informations facultatives permettent une meilleure gestion de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 78, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au siège de l'association, 28 rue Barrault 75013 Paris.