



BULLETIN D'ADHESION

Nom : Prénom :

E-mail : @

Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Je souhaite soutenir l'association « Mission Parkinson Ensemble » et je prends mon adhésion valable de ce jour jusqu'au 31/12/2023

<input type="checkbox"/> ADHÉSION en tant que « PORTEUR DE PROJET »	Montant : 20 € ⁽¹⁾
<i>Vous avez un projet pour lequel vous sollicitez notre Association. Nous étudions ensemble les modalités de ce projet ainsi que notre niveau d'intervention (dossier de presse, communication, etc.)</i>	

<input type="checkbox"/> ADHÉSION en tant que « MEMBRE ADHÉRENT »	Montant : € ⁽¹⁾
<i>Vous souhaitez soutenir nos actions et notre démarche en participant financièrement à la vie de notre association. Nous vous remercions et nous vous laissons l'entière liberté du montant de votre adhésion.</i>	

Je souhaite soutenir un projet en particulier

<input type="checkbox"/> DON pour le « TOUR DE FRANCE D'UN PARKINSONNIEN »	Montant : € ⁽¹⁾
<i>Le projet de Michel Berry vous interpelle et vous souhaitez soutenir ce projet en particulier ? Nous enregistrerons votre don spécifiquement alloué sur son défi.</i>	

Fait à

Le

⁽¹⁾ Moyens de paiement : * Par chèque ⁽²⁾ à l'ordre de Mission Parkinson Ensemble
* Par virement bancaire ⁽³⁾

⁽²⁾ A adresser à : Mme la Trésorière Line Fleytoux
Mission Parkinson ENSEMBLE
26 Chemin d'Elizabeherea
Apzetxea
64240 Bonloc

⁽³⁾ Le RIB vous sera envoyé sur simple demande à :
contact@mission-parkinson-ensemble.fr