



**VIVRE LE DEUIL
ENSEMBLE**

BULLETIN DE SOUTIEN

A compléter et à renvoyer à :
VIVRE LE DEUIL ENSEMBLE – 12 Rue des IRIS - 67640 LIPSHEIM

Pour Agir, votre soutien est notre force !

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

TEL : _____ MAIL : _____

je fais un don de _____ €

J'adhère à l'association en qualité de membre adhérent et paye 25 € de cotisation annuelle

*A ce titre je déclare reconnaître l'objet de l'association et en accepter les statuts qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association.
J'ai pris bonne note des droits, obligations et devoirs des membres de l'association et m'engage à les respecter.*

REGLEMENT : par chèque joint en annexe en espèces

Fait à _____ le _____

SIGNATURE :

*Notre association étant reconnue de droit local, 66% de votre don est déductible des impôts. Un reçu fiscal vous sera adressé.
Les informations recueillies sont enregistrées dans un fichier informatisé à usage exclusif de VIVRE LE DEUIL ENSEMBLE. Elles sont indispensables à l'envoi de votre reçu fiscal. Conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression et d'opposition au traitement de vos données personnelles et à leur utilisation à des fins de prospection en nous écrivant par courrier au siège de l'association.*