



FORMULAIRE DE DON

Nous vous remercions pour votre générosité.

Merci d'imprimer ce document et de l'envoyer avec votre paiement à : **Phages Sans-Frontières**
13 Rue Albert Ferrus
69780 MIONS

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel :

Email :

Don : Je soutiens l'action de l'association en versant un don de :

€ **pour l'association :**
Phages Sans Frontières

€ **pour le patient :**

Règlement :

chèque bancaire

libellé à l'ordre de : Phages Sans-Frontières

virement bancaire

PayPal

Fait le :

À :

Signature :

