

**BULLETIN DE SOUTIEN 2024**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Je souhaite devenir :

Soutien à l'association  
Montant libre

Membre Actif de l'Association \*  
Et je joins mon paiement d'un montant de 35 €

Membre Bienfaiteur de l'Association \*  
Et je joins mon paiement d'un montant supérieur à 35 €

Et je joins mon paiement de \_\_\_\_\_ €

Par chèque à l'ordre de l'Association PolyKystose France

A retourner à l'adresse suivante :  
Association Polykystose France  
Mairie annexe du Val d'Albian  
A l'attention de Mme Christine GUIRCHOUN  
12 PLACE DE LA MAIRIE  
91400 SACLAY

OU : Par virement bancaire au moyen du RIB ci-dessous :

Afin de faciliter la procédure de suivi, merci de bien vouloir préciser vos nom et prénom dans le libellé ou le motif du virement.

Code Banque : 10278 ---- Code Guichet : 06274

N° de Compte : 00020982901 Clé RIB : 74

Domiciliation : Crédit Mutuel Palaiseau Igny

IBAN : FR76 1027 8062 7400 0209 8290 174

BIC : CMCIFR2A

\* Je recevrai une invitation à la journée annuelle et un reçu fiscal à hauteur du montant de ma cotisation valable pour l'année civile indiquée.