

Formulaire de parrainage

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Localité :

Pays :

Téléphone : E-mail.....@.....

Je souhaite parrainer les soins aux enfants du Bangladesh

- 50 euros
- 100 euros
- Autre somme

A l'ordre d'Aide Médicale et Développement

14 rue Colbert 38000 Grenoble 0476860853

www.amd-france.org

Merci de m'envoyer en retour :

La lettre semestrielle d'information aux parrains du programme AMD

Un justificatif de déduction fiscale permettant de déduire de mes impôts 75% des dons dans la limite légale (521€) et 66% au-delà.

Le/...../.....

Signature