



ASSOCIATION FRANÇAISE D'AIDE ET DE DÉFENSE
DES PERSONNES ATTEINTES DU SYNDROME
D'HYPERSENSIBILITÉ CHIMIQUE MULTIPLE

_____ D _____
CODE ADHÉRANT - NE PAS REMPLIR

Bulletin de don

Nom EN MAJUSCULES

Prénom

Adresse

Code Postal _____ Ville

Téléphone • fixe _____
• portable _____

Adresse e-mail _____ @

Montant total du chèque de don = _____ €
LIBELLE À D ORDRE DE L « ASSOCIATION SOS MCS »