

BULLETIN DE DONATEUR-ADHERENT

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE :

EMAIL :

Cotisation annuelle à l'ordre de l'**AMOC** laissée à la générosité de chacun, avec un minimum de 30€, à envoyer avec le bulletin, ainsi que 2 photos d'identité, au siège social.

Chèque bancaire libellé à l'ordre de "**AMOC**"

et à adresser à : AMOC - 55 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 33700 Mérignac

RENSEIGNEMENTS JUSTIFICATIFS

Nature de l'affection : dilaté – ponté – valvé – greffé – stimulé – autres :

ANTICOAGULANT oui ☐ non ☐ Groupe sanguin :

Date de(s) l'intervention(s) :

Lieu : Hôpital/Clinique :

Indiquer clairement le type, la position et la référence de vos prothèses :

.....

Profession avant l'intervention :

Situation après l'intervention :

Les dons sont déductibles de l'impôt à hauteur de 66% du don. Dès réception de votre don, nous vous adresserons le reçu fiscal correspondant à la somme versée.

Date et signature :

www.amoc-asso.com

Association des Malades et Opérés Cardiaques.
55, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 33700 Mérignac - SIRET : 498 416 288 00013

Tél. : **06 86 07 16 71** - e-mail : **amoc33@laposte.net**