

# **BULLETIN D'ADHESION ET / OU DE DON**

Je souhaite marquer ma solidarité envers les patients, enfants et adultes atteints de mucoviscidose et suivis au Centre de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose du Limousin et participer à l'amélioration de leur qualité de vie.

En réglant ma **COTISATION ANNUELLE** de **10 EUROS**

**ET / OU**  En effectuant un **DON** d'un montant de :

**10 €**       **20 €**       **50 €**       **AUTRES**..... €

**Je souhaite recevoir un reçu fiscal**       **oui**       **non**

Déduisez 66% de votre don du montant de vos impôts! E.MU.L est reconnue d'utilité publique .

**Merci de préciser si vous êtes:**

contre la  
**OU**

- Patient  
 Conjoint de Patient  
 Famille(lien avec le patient).....  
 Parent(l'âge de L'Enfant malade).....  
 Sympathisant

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Adresse** : .....

**Code postal** : ..... **Ville** : .....

**Téléphone** : ..... **Email** : .....

**Date:**

**Signature**

Merci de bien vouloir joindre votre bulletin et le total de votre règlement par chèque dans une enveloppe timbrée adressée à:

**Association E.MU.L**  
16 av de la république  
87170 ISLE  
<http://Emul.jimdo.com>