



Formulaire de don

Date :

Montant du don _____ €

Paiement par chèque

Nom _____

Prénom _____

Adresse postale _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone _____ E-mail _____@_____

Formulaire et chèque à renvoyer à :

AAPML – 117 rue de Cambronne – 75015 Paris

N.B. : Vous recevrez un reçu fiscal pour faire valoir une réduction d'impôt d'un montant égal à 66 % de la somme versée.

Merci pour votre soutien en faveur de la santé des professionnels de santé.