

# ASD

AGIR POUR LA SANTÉ DENTAIRE

## APPEL À SOUTIEN 2018

MADAME  MONSIEUR  DOCTEUR

NOM : .....

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

CODE POSTAL : ..... TÉLÉPHONE : .....

VILLE : ..... E-MAIL : .....

**JE SOUTIENS L'ACTION D'ASD ET JE JOINS MON CHÈQUE  
DE ..... €**

MERCI DE LIBELLER VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE D'ASD ET DE L'ADRESSER À :

**ASD, 2 RUE DE L'EGLISE 57140 WOIPPY**

DÈS RÉCEPTION, NOTRE COMITÉ RÉGIONAL VOUS ADRESSERA UN REÇU



MADAME  MONSIEUR  DOCTEUR  .....

A VERSÉ LA SOMME DE ..... € EN SOUTIEN À ASD

PAR CHÈQUE N° .....

LE / / 2018

**ASD**

AGIR POUR LA SANTÉ DENTAIRE

VOLET JUSTIFICATIF À CONSERVER