



## 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 :

**AAPMS – 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.*