

FORMULAIRE MEMBRE BIENFAITEUR 2017

L'association « Amandine Contre La Mucoviscidose », loi 1901, a pour but de lutter contre la Mucoviscidose, maladie génétique, par diverses actions, de promouvoir toutes activités, ventes et manifestations pour récolter des fonds et des dons, d'organiser le rallye moto et véhicules d'exception « Amandine contre la Mucoviscidose » en Côte d'Or.

L'association organisera ou participera à des manifestations publiques (animations, sorties publiques, conférences...) ainsi que toute initiative pouvant aider à la réalisation de l'objet.

L'association Amandine Contre la Mucoviscidose reversera ses fonds et ses bénéfices sous forme de dons à un ou plusieurs organismes d'aide à la recherche contre la Mucoviscidose.

Actuellement Valérie MAREY en est la présidente, Anne MAREY la vice-présidente, Annie MAREY et Eliane RIVIERE les trésorières, le secrétariat est assuré par Marie Christine CHAIGNET, Mylène FUSIER, Johanna LEMOINE chargées de Communication, Fabien LEMOINE Responsable sécurité et réglementation.

Elle répond au besoin de bon nombre de personnes souhaitant une organisation reconnue et officielle animée par un groupe de bénévoles enthousiastes.

Vous voulez faire partie de notre association, faire un don pour la soutenir financièrement et contribuer à développer nos actions, rien de plus simple...

Utiliser le bulletin d'adhésion membre bienfaiteur ci-dessous et renvoyer votre cotisation et votre don à

**Association Amandine contre la Mucoviscidose
BAT B – 22 BIS RUE DR CALMETTE
21000 DIJON**

Les statuts, le règlement intérieur et le compte-rendu d'assemblée sont consultables à la demande.

Aucun montant **minimum** de don n'est demandé.

Une fois votre adhésion acceptée, vous pourrez recevoir une carte de membre ainsi qu'un reçu de cotisation **(seulement envoyés par mail sur simple demande)**.

Demande d'adhésion membre bienfaiteur 2017 Association Amandine contre la Mucoviscidose

NOM : PRENOM :

ADRESSE : CODE POSTAL.....VILLE :

Adresse Email (impératif) :

Catégorie : MEMBRE ADHERENT BIENFAITEUR

Montant du don :€ **CHEQUE** **ESPECES**

Signature et date :

Chèque à l'ordre de **ASSOCIATION AMANDINE CONTRE LA MUCOVISCIDOSE**