



NEURO VIE

BULLETIN ADHÉSION / DON

Je soussigné(e) **Prénom NOM** :

 Adresse :

Commune : Code Postal :

 e-mail :

 Portable :

- I) **déclare adhérer à l'Association NEURO VIE (1)**
dont l'objet est d'apporter un soutien non seulement aux Patients atteints d'un Glioblastome ainsi qu'à leurs Familles, mais aussi à la Recherche Médicale contre toute forme de Cancer cérébral.

Cotisation annuelle (2) : ➤ Cotisation individuelle : **15 €**

➤ Cotisation Famille : **25 €**

- II) **à titre de Don libre, je verse la Somme de :** €
sachant que tout versement fait à l'Association ouvre droit à la Réduction d'Impôt prévue à l'Article 200 du CGI. (Reçu adressé en retour).

Fait à, le

Signature

(1) **Siège** : Maison des Associations - Espace Jean Zay - 4, rue Jules Ferry - 71100 - CHALON sur SAÔNE -

(2) du 1^{er} Janvier au 31 Décembre, renouvelable chaque année.