

**BULLETIN DE DON**

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

.....

.....

Téléphone .....

E-mail .....

Souhaite faire un don de ..... €

à l'Association Monaco Disease Power

Date .....

Signature

*Merci de renvoyer ce bulletin rempli, accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de Monaco Disease Power.*

**Monaco Disease Power - 5, rue des géraniums - 98000 Monaco**

**MONACO  
DISEASE  
POWER**