

FORMULAIRE DE SOUTIEN

Vous pouvez soutenir nos actions en remplissant ce formulaire et en nous l'envoyant accompagné de votre contribution à l'adresse suivante :

**Association ESPOIRE - Hôpital Cochin
27 rue du Faubourg Saint-Jacques
75679 PARIS cedex 14**

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

C.P. : _____

Ville : _____

Tél fixe : _____

Tél port : _____

E-mail : _____

Je souhaite soutenir l'action de l'association ESPOIRE et vous joins un chèque de €.

Fait à , le

Signature