

## **BULLETIN DE DON A L'ASSOCIATION L'AUTRE RIVE ASP84**

à remplir et à renvoyer à :  
Association L' Autre Rive ASP84  
Centre Hospitalier d'Avignon 305, rue Raoul Follereau 84000 Avignon

**NOM\* :**

**PRENOM\* :**

**ADRESSE\* :**

**VILLE\* :**

**CODE POSTAL\* :**

**TELEPHONE :**

**EMAIL :**

Je, soussigné(e), ..... déclare faire un don  
au profit de l'association L'Autre Rive ASP84, d'un montant de..... €.

Je joins un chèque de ..... € libellé à l'ordre de « L'Autre Rive ASP84 ».

L'association L'Autre Rive ASP84 me fera parvenir un reçu fiscal à réception du  
bulletin de don.

Fait à

le

Signature

Je souhaite être tenu(e) au courant des événements organisés par l'association  
L'Autre Rive ASP84 ou auxquels elle participe :

OUI

NON

\* Mentions obligatoires

Accompagnement en soins palliatifs, soutien aux endeuillés et formation aux aidants  
Centre Hospitalier Henri Duffaut, 305 rue Raoul Follereau, 84000 Avignon  
N° SIRET 392 367 025 00054 – Code APE 9499 Z

Tél : 06 21 02 50 09    courriel : [lautriverseasp84@gmail.com](mailto:lautriverseasp84@gmail.com)

Site internet : <http://www.lautriverse.net>

Accompagnement en soins palliatifs, soutien aux endeuillés et formation aux aidants  
Centre Hospitalier Henri Duffaut, 305 rue Raoul Follereau, 84000 Avignon  
N° SIRET 392 367 025 00054 – Code APE 9499 Z

*Tél : 06 21 02 50 09    courriel : [lautriversp84@gmail.com](mailto:lautriversp84@gmail.com)*

*Site internet : <http://www.lautriversp84.net>*