

1 / LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Téléphone
Problème de santé :

2 / LA PERSONNE INTERMÉDIAIRE

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Téléphone
Email
Lien avec la personne bénéficiaire :

3 / DE QUEL MATÉRIEL AVEZ-VOUS BESOIN ?**4 / JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR QUE** (cocher les cases)

- Le matériel donné par l'association PARADISANTÉ est bien à destination de la personne déclarée dans ce formulaire.
- En aucun cas le matériel médical donné par l'association PARADISANTÉ ne sera destiné à être revendu ou détourné à des fins commerciales.
- La personne recevant le don de matériel médical ne dispose pas des ressources financières nécessaires à l'acquisition par ses propres moyens de ce matériel.

5 / ENGAGEMENTS (cocher les cases)

- Envoyer par email une photo de la personne bénéficiaire avec le matériel offert par l'association PARADISANTÉ dès réception à l'adresse suivante : contact@paradisante.org
- Communiquer sur les actions de l'association Paradisante auprès de son entourage et des médias locaux afin de nous faire connaître et de participer à notre développement.
- Je m'acquiesce de la cotisation annuelle à l'association: 30€ (obligatoire) Je suis déjà adhérent 2019.
- Afin de nous aider à poursuivre nos actions humanitaires et soutenir d'autres personnes dans le besoin, je fais un don d'un montant de € (facultatif) Participation obligatoire si déjà adhérent 2019.

6 / ESPACE RÉSERVÉ POUR L'ASSOCIATION

Dénomination et quantité du matériel donné : (description, marque, modèle, couleur, date de péremption ...) **Ne pas oublier de prendre une photo du matériel avant de le réaliser le don**

Fait en 2 exemplaires le

à

Adhésion 30€ reçue par

- Chèque n°
- Espèces
- Carte bancaire

Don de € reçu par

- Chèque n°
- Espèces
- Carte bancaire

Signature du bénéficiaire
ou de son représentantCachet et signature de
l'association

1 / LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Téléphone
Problème de santé :

2 / LA PERSONNE INTERMÉDIAIRE

Nom
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal
Ville
Pays
Téléphone
Email
Lien avec la personne bénéficiaire :

3 / DE QUEL MATÉRIEL AVEZ-VOUS BESOIN ?**4 / JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR QUE** (cocher les cases)

- Le matériel donné par l'association PARADISANTÉ est bien à destination de la personne déclarée dans ce formulaire.
- En aucun cas le matériel médical donné par l'association PARADISANTÉ ne sera destiné à être revendu ou détourné à des fins commerciales.
- La personne recevant le don de matériel médical n'a pas les ressources financières pour acheter par ses propres moyens ce même matériel.

5 / ENGAGEMENTS (cocher les cases)

- Envoyer par mail une photo de la personne bénéficiaire avec le matériel offert par l'association PARADISANTÉ dès réception à l'adresse mail suivante : contact@paradisante.org
- Communiquer sur les actions de l'association Paradisante auprès de son entourage et des médias locaux afin de nous faire connaître et de participer à notre développement.
- Je m'acquiesce de la cotisation annuelle à l'association: 30€ (obligatoire) Je suis déjà adhérent 2019.
- Afin de nous aider à poursuivre nos actions humanitaires et à aider d'autres personnes dans le besoin, je fais un don d'un montant de € (facultatif) Participation obligatoire si déjà adhérent 2019.

6 / ESPACE RÉSERVÉ POUR L'ASSOCIATION

Dénomination et quantité du matériel donné : (description, marque, modèle, couleur, date de péremption ...) **Ne pas oublier de prendre une photo du matériel avant de le réaliser le don**

Adhésion 30€ reçue par

- Chèque n°
- Espèces
- Carte bancaire

Don de € reçu par

- Chèque n°
- Espèces
- Carte bancaire

Fait en 2 exemplaires le

à

Signature du bénéficiaire
ou de son représentantCachet et signature de
l'association