

Retournez votre bulletin accompagné de votre règlement à l'ordre de l'ASP Yvelines dans une enveloppe affranchie à :
ASP-Yvelines – 24 rue du Maréchal Joffre – 78000 VERSAILLES

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

- Je règle ma cotisation annuelle à l'ASP-Yvelines (20€)
 Pour soutenir davantage l'association, je fais un don : _____ €

*Association loi de 1901, adhérent à la charte des soins palliatifs et à l'Union des Associations de Soins Palliatifs (UNASP)
Les cotisations et dons à l'ASP-Yvelines (Accompagnement en soins de support et soins Palliatifs dans les Yvelines)
ouvrent droit à une réduction d'impôt. Vous recevrez un certificat fiscal en début d'année prochaine.*

Conformément à la loi du 6/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant.
Vous pouvez faire exercer ce droit en adressant une demande à l'ASP-Yvelines ou par courriel à l'adresse : dpo@aspyvelines.org.