



## ADHESION et DON par virement

L'Association PSP France est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'Intérêt Général et d'Assistance par arrêté préfectoral. Elle est dotée d'un Conseil Scientifique, d'un Conseil d'Administration et d'un Bureau exécutif.

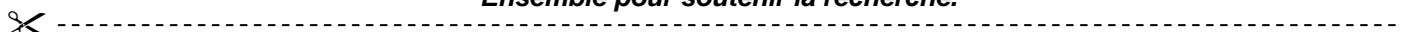
### RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE

					<b>RIB - Relevé d'Identité Bancaire / IBAN</b>				
<b>Titulaire du Compte - Account Owner</b>									
<b>ASSOCIATION PSP FRANCE</b>									
<b>RIB - Identifiant National de Compte</b>					<b>Domiciliation</b>				
ETABLISSEMENT 20041	GUICHET 00001	N° DE COMPTE 5273689B020	CLE RIB 18	LA BANQUE POSTALE CENTRE DE PARIS 75900 PARIS CEDEX 15					
<b>IBAN - Identifiant international de compte</b> <i>International Bank Account Number</i>					<b>BIC - Identifiant international de l'établissement</b> <i>Bank Identifier Code</i>				
FR63	2004	1000	0152	7368	9B02	018	PSSTFRPPPAR		

**Adhérer à PSP France, une nécessité pour qu'ensemble nous construisions un monde sans PSP.**

*Ensemble pour soutenir les familles et les malades.*

*Ensemble pour soutenir la recherche.*



### Adhésion et Don par virement – Association PSP-France

(Règlement par chèque libellé à l'ordre de « Association PSP-France »)

- Je souhaite être membre de PSP France :  30 €, adhésion seule     45 €, adhésion + bulletins
- Souscription comme membre Bienfaiteur    90 €
- Je souhaite faire un don à PSP-France de : ..... € (et même si le don est de 30 € et plus, ne pas être adhérent : )

. Nom et Prénom : ..... Email : .....

. Adresse : ..... Tél. : .....

. Le malade atteint par la PSP est : un homme  une femme  né(e) le : .....

. Date du début de la maladie : ..... La PSP a été diagnostiquée le : .....

. Nom du médecin qui a fait le diagnostic : ..... au centre de : .....

Web - PSP Les renseignements donnés le sont à des fins statistiques, sont confidentiels et demeureront totalement anonymes. Vous avez un droit de regard, de consultation et de rectification sur ces renseignements.

**Un reçu pour la déduction fiscale vous sera envoyé au nom et adresse indiqués ci-dessus à réception de tout règlement.**

- Je souhaite apporter mon aide, comme :  Bénévole, ma profession est (ou était) : .....  
 Contact de proximité     Délégué de Région (adresse mail obligatoire)
- Je n'autorise pas PSP France à communiquer mes coordonnées à d'autres familles de malades PSP qui en feraient la demande.