

Programme de parrainage lit d'hôpital

Fondation des Enfants d'Haïti

Je souhaite parrainer un lit d'hôpital :

Je m'engage à verser 30 Euros par mois sur une période d'un an.

Je choisis de réaliser mes règlements :

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mensuellement par virement bancaire à Aimer Sans Frontières | | |
| <input type="checkbox"/> Trimestriellement | <input type="checkbox"/> par virement bancaire | <input type="checkbox"/> par chèque |
| <input type="checkbox"/> Annuellement | <input type="checkbox"/> par virement bancaire | <input type="checkbox"/> par chèque |

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Téléphone _____ e-mail _____

Fait à _____ Le _____ Signature _____