



Procréation Médicalement Anonyme

BULLETIN DE DON DE SOUTIEN

Nom :

Prénom :

Conçu(e) par IAD Parent Donneur/Donneuse Autre NSP

Profession :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Verse à l'association PMA la somme de :

Don de soutien :

Vos commentaires :

A..... le.....

Signature :

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de : « Association PMA »

Et de l'adresser à : Association Procréation Médicalement Anonyme, Mme Maeva ESCOULAN, 80 avenue Édouard Vaillant, Étage 7, 92100 Boulogne-Billancourt

Suite de la réception de votre don de soutien, vous recevrez en retour une attestation.