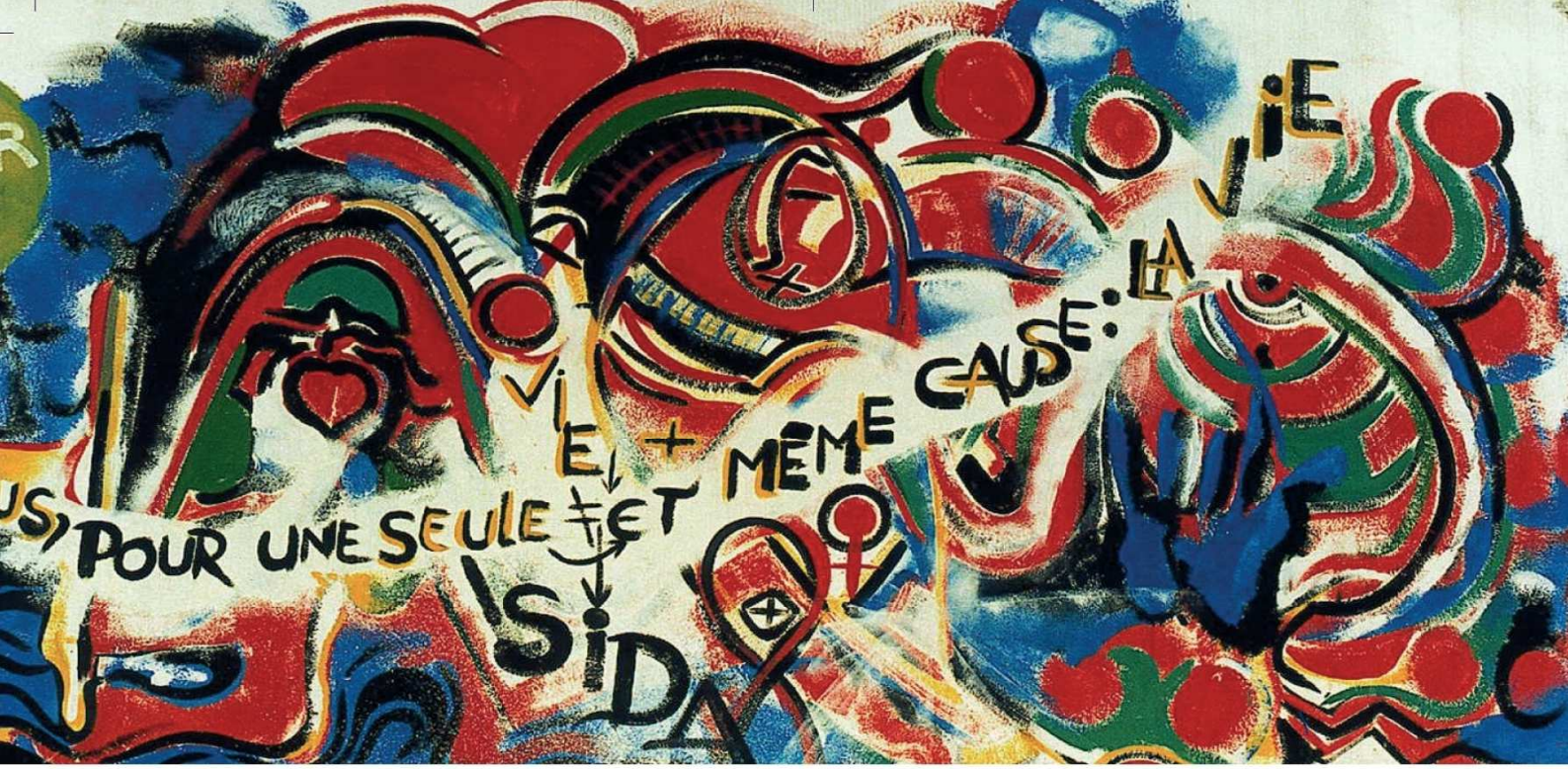

OPALS
Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida

BULLETIN DE SOUTIEN

Je souhaite soutenir l'OPALS et vous fais parvenir un don de :

❏ 20 € ❏ 40 € ❏ 60 € ❏ Autre montant : .....

Réglés par :

❏ Chèque bancaire ou postal
❏ Espèces (mandat postal)

Je recevrai un reçu fiscal.

Mes coordonnées :

Nom : ..... Prénom : .....

Société : .....

Adresse postale : .....

.....

Code postal : .....

Ville : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Bulletin de soutien à renvoyer à :

OPALS - 15-21, rue de l'Ecole de Médecine - 75006 Paris