

Fiche contact Membre BIENFAITEUR / DONATEUR

RAISON SOCIALE (Personne morale) :

NOM : **Prénom :**

Fonction : **Téléphone / Mobile :**

Adresse :

.....

Site Internet :

Courriel :

Domaines d'activité :

SIRET : **Code NAF :**

REPRÉSENTANT (Personne physique) :

NOM : **Prénom :**

Téléphone / Mobile :

Courriel :

Adresse :

.....

Montant de la contribution/don envisagé : €

1. Votre contribution/don est soumise à l'acceptation du Conseil d'administration de l'association Biopôle Santé. Pour une contribution libre, celle-ci peut toutefois être régie par un montant prédéterminé par la gouvernance de l'association Biopôle Santé.
2. Votre contribution/don vaut acceptation pleine et entière de la CHARTE D'ADHESION en votre qualité de membre bienfaiteur ou donateur.

APRES APPROBATION DU BIOPOLE SANTE, LE CHOIX DE VOTRE VERSEMENT FINANCIER POUR VOTRE CONTRIBUTION/DON EST ENVISAGE (merci de cocher votre préférence) :

par Chèque bancaire libellé à l'ordre du **BIOPÔLE Santé**

par Virement : Code Banque : 30004 Code Guichet : 00357

N° de Compte : 00010221655 Clé RIB : 67

N° IBAN : FR76 3000 4003 5700 0102 2165 567

Fiche contact dûment complétée à envoyer au siège social :

BIOPOLE Santé, Centre Régional d'Innovation Biopôle, 4 rue Carol Heitz 86000 Poitiers

Date :

Signature (et cachet, si personne morale) :