

NOM\* : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_

Adresse (n° et rue)\* : \_\_\_\_\_

Code postal\* : \_\_\_\_\_

Ville\* : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

J'ai pris connaissance des CGU affichées dans le(les) magasin(s) où a(ont) été réalisé(s) le(s) don(s).

**Signature**

*\*champs obligatoires*