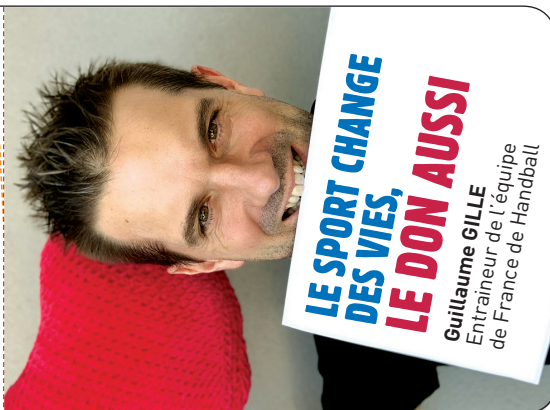


CARTE DE DONNEUR



J'AI INFORMÉ LES PERSONNES SUIVANTES DE MA DÉCISION

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

**ELLES POURRONT TÉMOIGNER
DE MON CHOIX AUPRÈS
DES ÉQUIPES MÉDICALES**

Signature _____