PSP FRANCE
SOUTENIR AUJOURD'HUI
FAIRE AVANCER DEMAIN

PSP France
19 rue Auguste Chabrières
75015 Paris · pspfrance.org

Adhérer, donner, c'est agir tous ensemble !

PSP France a pour seule ressource la générosité de ses adhérents et donateurs ! Votre contribution permet :

- de **soutenir l'effort de recherche médicale** sur la PSP et la DCB, cette maladie qui vous touche, grâce à des bourses de recherche attribuées avec l'aide de notre Conseil Scientifique ;
- **d'informer et de soutenir les familles**, notamment grâce à des rencontres, des réunions d'information et des événements.

Nous sommes fiers également de nous tenir à vos côtés et de vous informer régulièrement sur les actualités sur la PSP et la DCB grâce au site pspfrance.org et à la lettre trimestrielle « PSP Info ».

Au nom de toutes les familles touchées par cette pathologie, nous espérons pouvoir compter sur vous ! Avec vous, nous pensons que tout reste possible !

SCANNEZ POUR ADHÉRER

Adhérez ou donnez en ligne, simplement

Paiement en ligne sécurisé. Scannez le QR code, ou rendez-vous sur **pspfrance.org**, onglet « Adhérer / faire un don ».

helloasso.com/associations/psp-france/adhesions/adhesion-et-don-association-psp-france-2026

Adhésion + PSP Info	Adhésion membre bienfaiteur + PSP Info	Don libre
30 €	**100 €**	**... €**

Un reçu pour la déduction fiscale de 66 % vous sera adressé à réception de votre règlement.

SINON, PAR CHÈQUE ET COURRIER

Si l'adhésion en ligne vous paraît trop compliquée, adressez ce bulletin avec un chèque à l'ordre de PSP France à **PSP France – 19 rue Auguste Chabrières – 75015 Paris**.

Nom et prénom : Téléphone (mobile) :

Adresse postale :

Code postal : Ville :

E-mail (nécessaire, en majuscules) :

Si vous êtes une famille touchée par la PSP ou la DCB (confidentiel et anonyme, usage statistique ; droit de regard, de consultation et de rectification)

Le malade est un homme / une femme Année de naissance : Début des symptômes :

PSP ou DCB diagnostiquée le : Au centre de :

Je souhaite apporter mon aide comme

Bénévole, profession (actuelle ou passée) :

Référent local : Contact de proximité :

Remarques

J'autorise PSP France à communiquer mes coordonnées à d'autres familles de malades PSP qui en feraient la demande. / Je n'autorise pas PSP France *(barrer la mention inutile)*