



IMAGYN

Initiative des Malades Atteintes
de cancers Gynécologiques

Information Recherche Partage Sensibilisation Soutien

BULLETIN D'ADHESION 2019

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

.....

Téléphone.....

Email:.....

Profession.....

Date:.....

Signature.....

Je soussigné.e, adhère à l'association IMAGYN, en qualité de :

<input type="checkbox"/> Membre adhérent et verse la somme de 10€ minimum ou la somme de * €	Êtes-vous une patiente ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Membre bienfaiteur et verse la somme de * €	Souhaitez-vous vous impliquer dans la vie de l'association IMAGYN Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

À renvoyer accompagné de votre règlement à :

IMAGYN
8, rue Lamennais
75008 Paris

La somme versée donne droit à une réduction d'impôts (dans la limite de la loi en vigueur)*

**Vous recevrez un reçu fiscal pour votre déclaration d'impôts*