



# BULLETIN D'ADHESION

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Profession : ..... Date : .....

**Je, soussigné(e), adhère à l'association IMAGYN pour l'année 2020 en qualité de :**

Membre adhérent et verse la somme de 10 €

Membre bienfaiteur et verse la somme de : ..... €

Signature : .....

Etes vous une patiente ?

Oui  Non

Souhaitez –vous vous impliquer dans la vie de l'association ?

Oui  Non

Si oui, merci de nous indiquer votre adresse mail :

.....

**A renvoyer à l'adresse postale d'IMAGYN - 8 rue Lamennais – 75008 PARIS  
Siège social – Maison de la vie associative, 5 rue Perrée – 75003 PARIS**

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

\* Vous recevrez un reçu fiscal à joindre à votre déclaration