



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