



# IMAGYN

Initiative des Malades Atteintes  
de cancers Gynécologiques

# BULLETIN D'ADHÉSION 2023

A remplir, à imprimer puis envoyer à  
IMAGYN - 8, rue Lamennais 75008 PARIS  
A remplir, à scanner puis à envoyer à  
imagyn.asso@gmail.com

## INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

E-mail :  Téléphone :

## INFORMATIONS PROFESSIONNELLES (Si l'adhérent est une personne morale)

RAISON SOCIALE :

Forme juridique :  N° SIREN :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

E-mail :  Téléphone :

*En vertu de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, IMAGYN s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. Ce dernier dispose également d'un droit de regard et de rectification sur les informations le concernant.*

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association IMAGYN.  
Mon statut de membre m'ouvre le droit à la participation aux Assemblées Générales.

A cet égard, je verse la cotisation d'un montant de 10€\* euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Je souhaite également compléter mon adhésion en versant la somme de \_\_\_\_ € supplémentaires et deviens membre bienfaiteur de l'association IMAGYN.

\* : Versement en  chèque  espèces  virement bancaire

*\* La somme versée donne droit à une réduction d'impôt égale à 66% du total des versements dans la limite de 20% du revenu imposable de votre foyer. - Vous recevrez un reçu fiscal à joindre à votre déclaration*

Date de versement de la cotisation : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date d'expiration de l'adhésion : 31 / 12 / 2023

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_