



IMAGYN

Initiative des Malades Atteintes
de cancers Gynécologiques

BULLETIN D'ADHÉSION 2024

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 / 2024

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____