

Bulletin d'adhésion

Adhérer à l'APMA, c'est manifester
votre volonté d'usager de soutenir la défense
du libre choix thérapeutique

Merci de régler par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'APMA,

- Cotisation individuelle : 30 €
- Cotisation couple : 40 €
- Cotisation familiale : 45 €
- Don* : au-delà du montant de votre cotisation : €

Montant total du chèque : €

Pour les adhérents résidant à l'étranger uniquement :

règlement par virement au Crédit Mutuel F10500 Brienne-le-Château
IBAN : FR76 1027 8025 3500 0628 2974 565
BIC : CMCIFR2A

Nom : Mme Mlle M.

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Profession (facultatif) :

E-mail (pour reçu fiscal de votre don) :

*Les dons aux associations – hors cotisations –
permettent d'obtenir une réduction d'impôt égale à
66% de leur montant.

Si vous majorez votre cotisation par un don : à partir
de 20 € de supplément, il vous sera adressé un reçu
fiscal du montant de votre don.

Date et Signature :



Veuillez retourner ce bulletin à :

Association de Patients de la Médecine d'orientation Anthroposophique

13, rue Cassendi F 75014 PARIS

T/Fax : +33 (0)1 40 47 03 53

Courriel : apma.france@wanadoo.fr - Site : www.apma.fr