

Bulletin d'adhésion

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



☐ Cotisation individuelle 40 €



☐ Cotisation couple 50€



☐ Don de soutien* €

Montant total €

Règlement

- ☐ par chèque à l'ordre de l'APMA
- ☐ par virement IBAN : FR76 1027 8025 3500 0628 2974 565 - BIC : CMCIFR2A
- ☐ ou sur notre site Internet www.apma.fr/contact

Nom : ☐ Mme ☐ Mr .

Prénom .

Adresse .

.....

Code postal . Ville .

Profession (facultatif) .

Courriel .

* Un don ajouté à votre cotisation est une aide précieuse pour notre association.

Votre cotisation et votre don vous permettent d'obtenir une réduction d'impôts égale à 66% de leur montant dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

Le reçu fiscal permettant la réduction d'impôt vous sera expédié au début de l'année suivante.

Date et signature

Veuillez retourner ce bulletin à :



Association de Patients de la Médecine Anthroposopique
13 rue Gassendi - 75014 Paris - Tél. : +33 (0)1 40 47 03 53
contact@apma.fr - www.apma.fr