



# BULLETIN D'ADHESION

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... e-mail : .....

Profession : ..... Date : .....

**Je, soussigné(e), adhère à l'association IMAGYN pour l'année 2017 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 IMAGYN - ARCAGY GINECO Hôtel Dieu  
1 Parvis de Notre-Dame 75004 Paris  
Accompagné de votre règlement à l'ordre de IMAGYN**

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