



## MEDECINS BENEVOLES

IPS – 3 Place de la Mairie

78190 TRAPPES

06 43 00 86 21

medecins-benevoles.org

## BULLETIN D'ADHESION

(accompagné svp de votre règlement)

**ANNEE .....**

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Courriel.....

Tél.....

Je souhaite adhérer à l'Association et verse la somme de 25 €.

Je fais un don de..... €

En un seul chèque de :

***Pour une meilleure organisation de l'AG, merci de préparer votre chèque à l'avance  
(donnant lieu à la délivrance d'un certificat de déductibilité fiscale)***

En adhérant, je m'engage à respecter les statuts et le règlement de l'Association Médecins Bénévoles.

Date : .....

Signature