



MEDECINS BENEVOLES

IPS – 3 Place de la Mairie

78190 TRAPPES

06 43 00 86 21

medecins-benevoles.org

BULLETIN D'ADHESION à l'Association Médecins Bénévoles
(accompagné svp de votre règlement)

NOM.....

Prénom.....

Adresse.....

.....

Courriel.....

Tél.....

Je souhaite adhérer à l'Association et verse la somme de 30 €.

Je fais un don de..... €

En un seul chèque de :€

(versements 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**

Les données collectées ont pour but exclusif de vous contacter, vous informer, éditer les reçus fiscaux, et vous transmettre tous documents relatifs à la vie de l'Association. Ces informations indispensables pour l'administration de l'Association, restent internes et ne sont en aucun cas communiquées.