

Formulaire adhésion/don

Madame, Monsieur,

L'association débute une nouvelle année et pour mener à bien ses objectifs elle a besoin de vous. C'est pourquoi nous vous sollicitons pour le renouvellement de votre cotisation qui reste fixée à 25 €.

Merci de faire parvenir votre règlement dès que possible soit par paiement en ligne, soit par courrier en joignant le coupon ci-dessous, à l'adresse suivante :

**Association des Malades des Vaisseaux du Foie (A.M.V.F.)
Hôpital BEAUJON – Service d'Hépatologie 100 boulevard du Général Leclerc 92118 CLICHY Cedex.**

Dans cette attente, recevez, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.
Le Conseil d'Administration

✂-----

Nom :

Prénom :

Je suis : Patient Proche Professionnel de santé

Adresse :

Code Postal : **Ville :** **Pays :**

Tél. (facultatif) :

Email (pour être informé plus rapidement) :

Ma contribution: Cotisation (25 €) : Renouvellement Nouvelle adhésion

Don :

Total en € :

Mode de paiement :

Par chèque

En ligne par le système de paiement sécurisé sur le site internet : www.amvf.asso.fr
(frais prélevés : 0.60€ pour 25€. Il reste donc 24.40€ pour l'association)

Date :

Signature :

Conformément à la loi de finances en vigueur, 66% de la somme versée par un particulier est déductible des impôts, dans la limite de 20 % des revenus imposables et fait l'objet d'un reçu fiscal.

Par exemple : si vous versez 50€, votre impôt sera réduit de 33€. Votre dépense réelle sera de 17€ seulement.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant, figurant sur notre fichier. Il suffit pour cela de nous écrire.