BULLETIN D'ADHESION

☐ Le Docteur

☐ Madame .....

Adresse .....

.....

Téléphone .....

Adresse E-MAIL.. .....

déclare adhérer à l'Association des Médecins Retraités

et verse sa cotisation ☐ Médecin retraité = 34 euros

☐ Veuve allocataire = 23 euros

Chèque au nom de l'Association des Médecins Retraités

Un reçu fiscal peut être envoyé pour être joint à la déclaration de revenus.