



ADHESION 2020

PERSONNE PHYSIQUE

Nom de l'adhérent :

Prénom :

Adresse postale :

.....

Courriel : @.....

Je souhaite adhérer à l'Association Gestionnaire du Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes en tant que membre actif personne physique moyennant une cotisation annuelle de 30 €.

J'appartiens au collège :

des usagers et des représentants des usagers

Patient : Nom : Prénom : Date de naissance : ... / ... /

des chirurgiens dentistes

Je souhaite faire un don à l'Association d'un montant de : €

Aussi, je joins un chèque du montant correspondant.

Le _____ à _____

Signature :

Votre adhésion annuelle permet, avec votre cotisation, de renforcer les actions du Réseau SBDH-RA.

L'association, d'intérêt général, est éligible au régime fiscal de faveur du mécénat. Vous pouvez donc bénéficier d'une réduction d'impôt de 66% du montant versé dans la limite de 20% de votre revenu imposable (article 200 du CGI).

Merci de renvoyer ce bulletin complété, accompagné de votre règlement établi à l'ordre du Réseau SBDH-RA, à l'adresse ci-dessous