

## ADHESION 2024

### 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*

**Association Gestionnaire du Réseau SBDH-RA**  
Centre Hospitalier le Vinatier - 95 Boulevard Pinel - 69677 BRON CEDEX - Téléphone : 04 37 91 54 97

Vous pouvez aussi régler votre cotisation par **virement**. Merci dans ce cas d'indiquer le nom de l'adhérent dans les références du virement.

RIB : IBAN : FR76 1780 6001 6474 8394 1100 040 BIC : AGRIFRPP878