



Association de Patients de la Médecine Anthroposopique
13 rue Gassendi 75014 PARIS - Tél : +33 (0)1 40 47 03 53
Courriel : contact@apma.fr - Site : www.apma.fr

Bulletin d'adhésion

*Adhérer à l'APMA, c'est manifester votre volonté d'usager
de soutenir la défense du libre choix thérapeutique*

- Cotisation individuelle : 30 €
- Cotisation couple : 40 €
- Cotisation famille : 45 €
- Don de soutien €
- Montant total : €

Cotisation valable pour l'année civile en cours

- Je souhaite recevoir un reçu comptable
(associations, professions libérales etc.)

*Un don ajouté à votre cotisation est
une aide précieuse pour notre
association.*

*Votre cotisation et votre don vous
permettront d'obtenir une réduction
d'impôt égale à 66% de leur montant
dans la limite de 20% de votre revenu
imposable.*

*Le reçu fiscal vous sera expédié au
début de l'année civile suivante.*

Règlement

- par chèque à l'ordre de l'APMA
- par virement IBAN : FR76 1027 8025 3500 0628 2974 565 BIC : CMCIFR2A
- ou sur notre site internet www.apma.fr/contact

Nom : Mme, M :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Profession (facultatif) :

Date et signature :