



Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint le **bulletin d'adhésion**.

Afin que nous puissions traiter au mieux votre adhésion, merci de :

- Ecrire le plus lisiblement possible
- Ne compléter l'adresse mail que si vous souhaitez recevoir les documents par courrier électronique
- Indiquer votre adresse complète (résidence, villa, n° d'appartement, etc...)
- Ne pas oublier votre numéro de téléphone
- Ne pas agraffer le chèque
- Si vous souhaitez recevoir une attestation de paiement, merci de nous joindre une enveloppe timbrée libellée à votre adresse.
- **IMPORTANT : Afin d'alléger le travail de nos bénévoles et de réduire les frais postaux qui sont très élevés, nous souhaitons généraliser l'envoi des documents par email plutôt que par courrier. Dans ce but, pensez donc à compléter votre email et nous indiquer si vous êtes d'accord ou pas.**

Joindre un chèque et envoyer le tout à :

Association Vivre Mieux le lymphoedème – Service de médecine interne Hôpital St Eloi
80 Ave A. Fliche, 34295 Montpellier cedex 5

Bien cordialement.

Le bureau d'AVML.

Bulletin d'Adhésion 2018

Association Vivre Mieux le Lymphoedème (A.V.M.L)

(Association loi 1901)

Merci de remplir ce bulletin (de façon lisible) même si vous êtes un ancien adhérent, afin de tenir notre fichier à jour

| | |
|---|----------------|
| Nom..... | Prénom : |
| Adresse : | |
| Code postal : Ville : Profession: | |
| Téléphone Fixe: Portable : Date de Naissance | |
| E-mail (<i>Merci d'écrire lisiblement</i>): | |
| Acceptez-vous de recevoir les documents d'AVML (informations, comptes rendus, etc...) par Email (<i>et plus par courrier</i>).....Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| <u>Lymphoedème :</u> | Primaire <input type="checkbox"/> | Secondaire <input type="checkbox"/> |
| <u>Membre :</u> | Inférieur <input type="checkbox"/> | Supérieur <input type="checkbox"/> |
| <u>Adhérent :</u> | Nouvel adhérent <input type="checkbox"/> | Ancien adhérent <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------|---|
| <u>Cotisation :</u> | <input type="checkbox"/> Cotisation annuelle minimale 12 Euros <input type="checkbox"/> Cotisation de soutien 25 Euros <input type="checkbox"/> Membre bienfaiteur à votre appréciation |
|----------------------------|---|

Joindre un chèque et envoyer le tout à :
 Association Vivre Mieux le lymphoedème –
 Service de médecine interne Hôpital St Eloi
 80 Ave A. Fliche, 34295 Montpellier cedex 5
 Tél : 04 67 33 70 53 (Mardi Matin) - Email : secretariat_avml@yahoo.fr

Date et signature :