

Veillez trouver ci-joint le bulletin d'adhésion/don à AVML



Sachez que désormais, **vous pouvez payer votre cotisation par Carte bleue sur internet** (Paiement sécurisé).

Pour cela, rdv sur notre site, onglet « adhérer » : <https://avml.fr/avml-devenir-adherent/>

⇒ En adhérant en ligne, vous recevez directement par mail votre confirmation de cotisation

Ou, si vous souhaitez quand même payer par chèque, afin que nous puissions traiter au mieux votre adhésion, merci de :

- Ecrire le plus lisiblement possible
- Ne pas oublier votre numéro de téléphone
- **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.

**Rappel** : Suite à votre adhésion/don, vous recevrez un **reçu fiscal** afin de bénéficier d'une réduction fiscale sur vos impôts. (Pour les professionnels, bien nous fournir la raison sociale et le n° de Siret).

En effet, votre adhésion/don à l'AVML (association d'intérêt général), est éligible à une réduction d'impôts égale à 66% du total du montant de votre cotisation pour les particuliers, 60% pour les professionnels.

**Pour rappel** :

- **Deux montants de cotisation annuelle possible : 12€ ou 25€.**
- **Vous avez aussi la possibilité de faire un don, seul ou en complément de la cotisation.**
- **Votre adhésion est maintenant valable pendant 12 mois à partir de la date de paiement de votre cotisation.**

Bien cordialement.

Le bureau d'AVML.



## Bulletin d'Adhésion

### 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

Mr /Mme Nom..... Prénom : .....  
Raison sociale : ..... Numéro d SIRET : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Ville : ..... Profession: .....  
Téléphone Fixe: ..... Portable : ..... Date de Naissance .....  
E-mail (Merci d'écrire lisiblement): .....

**Acceptez-vous de recevoir les documents d'AVML** (informations, comptes rendus, etc...) **par Email** (et plus par courrier)..... **Oui**  **Non**

**Lymphoedème** : Primaire  Secondaire   
**Membre** : Inférieur  Supérieur   
**Adhérent** : Nouvel adhérent  Ancien adhérent   
**Statut** : Patient  Aidant  Professionnel

**Cotisation/don** :  Cotisation annuelle minimale 12 Euros  
 Cotisation annuelle de soutien 25 Euros  
 Don (à votre appréciation) .....Euros **TOTAL** : .....€

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 : 06 71 74 57 54 - Email : secretariat\_avml@yahoo.fr

**Date et signature** :