

AMVARA-LOIRE

COTISATION 2026

1. J'adhère à l'AMVARA-LOIRE et règle ma cotisation pour l'année 2026

Médecin retraité : 45 € ; couple de médecins retraités : 2 cotisations

Veuve ou veuf : 20 euros

- soit par chèque ci-joint libellé à l'ordre d'AMVARA-LOIRE à adresser au trésorier :

Docteur Guy VALANCOGNE, 384 Route d'Unias, 42210 CRAINTILLEUX

- soit par virement bancaire sur le compte de l'AMVARA-LOIRE

Pour des raisons de sécurité il n'est pas possible d'envoyer le RIB de l'AMVARA-LOIRE par mail ; ceux qui désirent payer leur cotisation par virement pourront récupérer ce RIB lors de la rencontre des vœux ou lors de l'Assemblée Générale

Docteur/Madame..... Prénom :

Né(e) le/...../.....

Allocataire de la CARMF : NON OUI depuis le :...../...../..... (rayer la mention inutile)

Comme l'AMVARA-LOIRE reverse sur votre cotisation 17 euros pour un médecin et 7 euros pour une veuve à l'AMVARA RHÔNE-ALPES seulement si vous êtes allocataire de la CARMF, il est extrêmement important de renseigner la question ci-dessus

Adresse :

Code postal : Ville :

E - MAIL :

AUTORISATION : J'accepte de recevoir des courriels de l'AMVARA-LOIRE et autorise l'utilisation de mon adresse de courrier électronique au sein de l'association : Oui Non (rayer la mention inutile)

TEL. PORTABLE : TEL. FIXE :

Pour faciliter le travail des secrétaires et améliorer la qualité de nos échanges avec vous il est extrêmement important de nous indiquer votre adresse mail actuelle et votre numéro de portable.

2. Je ne souhaite plus adhérer à l'AMVARA-LOIRE.