

COTISATION 2024

J'adhère à l'AMVARA-LOIRE et règle ma cotisation pour l'année 2024
par chèque ci-joint libellé à l'ordre d'AMVARA-LOIRE à adresser au :
Docteur Guy VALANCOGNE ; 384 Route d'Unias, 42210 Craintilleux

(Médecin retraité : 45 €, couple de médecins retraités : 2 cotisations)

Docteur: Prénom :

Né(e) le :/...../..... Allocataire de la CARMF : non oui depuis le :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

E - MAIL :

AUTORISATION : Je souhaite 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.FIXE : TEL.PORTABLE :

Renseignements :