



Bulletin d'adhésion

J'ai pris connaissance des objectifs de l'ARSER et je souhaite y adhérer.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Adresse mail : _____

(Les membres de l'ARSER sont informés par mail)

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

- **Le montant minimum de la COTISATION annuelle est de 30€.**
En retour de votre cotisation, quel que soit son montant, vous recevrez un REÇU FISCAL vous permettant de déduire de votre impôt sur le revenu à payer l'année suivante, 66% du montant cotisé à l'ARSER.
Après réduction d'impôt, la cotisation de 30€ ne revient qu'à 10,20€ ; une cotisation éventuelle de 90€ ne reviendrait qu'à 30,60€.
- **Un DON complémentaire destiné à aider directement la RECHERCHE médicale peut être fait.** *(Ce don ne peut pas bénéficier de déduction fiscale.)*

Je rédige mon chèque à l'ordre d'ARSER de : _____ €, comprenant :

Une partie Cotisation *(Déductible à 66% de mon impôt)* de : _____ €

Une partie Don pour la recherche *(Non déductible)* de : _____ €

J'accepte que mes nom, prénom, ville, code postal, adresse mail figurent dans l'annuaire du site, uniquement accessible aux membres de l'ARSER.

Le : _____ Signature : _____

Bulletin et chèque à envoyer à :

ARSER
A l'attention de M. Philippe REMIGIUS
10 avenue Dubonnet
92400 COURBEVOIE