



Renouvellement de cotisation

J'ai pris connaissance des objectifs de l'ARSeR (statuts disponibles sur le site www.arser.org) et
je souhaite renouveler mon adhésion. (Barrer la mention inutile)

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 fais un virement / ci-joint mon chèque, à l'ordre d'ARSeR de : _____ €, comprenant :

Virement de préférence. (Barrer la mention inutile)

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 : _____

Virement à faire sur le compte de l'ARSeR, en précisant le motif «Cotisation xxx€ Don xxx€»

La Banque Postale - Centre Financier
45900 La Source Cedex 9

Numéro de compte :

20041 01012 6701339E033 Clé RIB : 53

IBAN : FR41 2004 1010 1267 0133 9E03 353

BIC : PSSTFRPPSCE

Bulletin à envoyer scanné, par mail à :

ecrire@arser.asso.fr

Ou Bulletin et chèque à envoyer à :

ARSeR

**70, Boulevard de l'Hôpital
75013 PARIS**