

**VOUS ÊTES SANS MÉDECIN, VOUS
ATTENDEZ LONGTEMPS UN
RENDEZ-VOUS DE SPÉCIALISTE,
VOUS ÊTES OBLIGÉS DE VOUS
DÉPLACER LOIN,
REJOIGNEZ NOUS !**



www.desertsmedicaux.org

BULLETIN D'ADHESION/READHESION *(rayer mention inutile)*

À retourner (ou à déposer) à ACCDM, 17 Rue de Rastatt, 53000 Laval

Prénom : **NOM :**

Adresse postale :
.....

Téléphone : **Mobile :**

Adresse mail :@.....

*Merci d'écrire l'adresse mail **Très Lisiblement** en différenciant bien espaces, points et tirets*

Signifie par la présente que j'adhère à l'association « ACCDM » dont l'objectif est de défendre l'accès aux soins des citoyens en luttant contre les déserts médicaux.

Je verse la somme pour ma cotisation de l'année civile en cours de :

☐ **5€ (personne physique)** *(Cocher la case correspondante)*

☐ **50€ (structure morale : pharmacie, association, commune...)**

Je fais également un don de :€ **en plus de mon adhésion annuelle,**

⇒ Soit un règlement total de :€

**Association reconnue
d'intérêt général.
Votre don (en plus de
l'adhésion) vous
ouvre droit à une
réduction fiscale !**

Cette association est régie par la loi de 1901. Ses statuts ont été adoptés lors de l'assemblée générale constitutive du 28 novembre 2016. Elle est déclarée en préfecture de la Mayenne (W532003418).

Elle possède l'agrément du ministère de la santé et est reconnue à ce titre représentative des usagers.

J'ai bien noté que les statuts de l'association, publiés au journal officiel de la république Française le 17 décembre 2016. Ils peuvent également m'être adressées par la poste si j'en fais la demande écrite.

Fait le, à

Signature :

**VOUS ÊTES SANS MÉDECIN, VOUS
ATTENDEZ LONGTEMPS UN
RENDEZ-VOUS DE SPÉCIALISTE,
VOUS ÊTES OBLIGÉS DE VOUS
DÉPLACER LOIN,
REJOIGNEZ NOUS !**



www.desertsmedicaux.org

BULLETIN D'ADHESION/READHESION *(rayer mention inutile)*

À retourner (ou à déposer) à ACCDM, 17 Rue de Rastatt, 53000 Laval

Prénom : **NOM :**

Adresse postale :
.....

Téléphone : **Mobile :**

Adresse mail :@.....

*Merci d'écrire l'adresse mail **Très Lisiblement** en différenciant bien espaces, points et tirets*

Signifie par la présente que j'adhère à l'association « ACCDM » dont l'objectif est de défendre l'accès aux soins des citoyens en luttant contre les déserts médicaux.

Je verse la somme pour ma cotisation de l'année civile en cours de :

☐ **5€ (personne physique)** *(Cocher la case correspondante)*

☐ **50€ (structure morale : pharmacie, association, commune...)**

Je fais également un don de :€ **en plus de mon adhésion annuelle,**

⇒ Soit un règlement total de :€

**Association reconnue
d'intérêt général.
Votre don (en plus de
l'adhésion) vous
ouvre droit à une
réduction fiscale !**

Cette association est régie par la loi de 1901. Ses statuts ont été adoptés lors de l'assemblée générale constitutive du 28 novembre 2016. Elle est déclarée en préfecture de la Mayenne (W532003418).

Elle possède l'agrément du ministère de la santé et est reconnue à ce titre représentative des usagers.

J'ai bien noté que les statuts de l'association, publiés au journal officiel de la république Française le 17 décembre 2016. Ils peuvent également m'être adressées par la poste si j'en fais la demande écrite.

Fait le, à

Signature :