

Adhésion à l'Association des Médecins Retraités de Loire-Atlantique (AMRV 44) - saison 2026-2027

1	Nom	Prénom	Titre	Courriel	Téléphone	Voie	Code postal	Commune
	Inscrit Conseil de l'Ordre*			Allocataire CARMF*		Cumul emploi-retraite*		

2	Nom	Prénom	Titre	Courriel	Téléphone	Voie	Code postal	Commune
	Inscrit Conseil de l'Ordre*			Allocataire CARMF*		Cumul emploi-retraite*		<i>*noter O ou N</i>

cotise(nt) à l'Association des Médecins Retraités pour la saison 2026-2027, soit 25 € par personne, réduit à 18 € pour les veuves et veufs **non-médecins**.

Pour le règlement, les détails sont en bas de page.

	Nombre	Total
Cotisation(s) à 25 €		
Cotisation(s) à 18 €		
Don libre (un reçu fiscal sera adressé)		

Avez-vous le souhait d'apporter votre contribution aux activités bénévoles qui permettent le fonctionnement de l'association ?*		TOTAL à payer	
---	--	---------------	--

Transmission des bulletins et informations: *l'association s'engage à garder confidentielles les données que vous nous envoyez, et donc à ne les diffuser*

signature manuscrite ou machine

x
↓

oui

☐

non

☐

J'accepte de recevoir le bulletin et les informations de l'association par courriel (courrier électronique).

Règlement par chèque	Chèque à l'ordre de " Association des Médecins Retraités " à envoyer, accompagné du bulletin d'adhésion à: "Association des Médecins Retraités/R. Tuffreau - 5 rue du Château de l'Isle - 44230 - Saint Sébastien sur Loire"		
Règlement par virement	Envoi du bulletin par courriel (medecinsretraites44@gmail.com) ou postal (cf. supra) + virement (cf. ci-dessous)		
	Bénéficiaire	"Association des Médecins Retraités"	IBAN: FR76 1470 6000 9674 0070 9072 639 - BIC: AGRIFRPP847
	Intitulé débiteur	Cotisation 26-27 AMRV 44	
	Motif bénéficiaire	Cotisation 26-27 AMRV 44	"Votre nom"

Cette cotisation court pour l'exercice 2026-2027 qui commence le 1er octobre 2026 pour se clore le 30 septembre 2027. Elle ne donne pas droit à un reçu fiscal de don (cf. ligne "Don libre").