



Bulletin d'adhésion à l'AMC

Nom:.....

Prénom:.....

Adresse:

.....

Code postal:.....

Tel

Email.....

Ville:.....

Date de naissance:

Etes-vous:

A (en invalidité) **B** (en activité) **C** (retraité)

Nature de l'intervention (facultatif):

1 (valves) 2 (pontages) 3 (transplanté)

4 (infarctus) 5 (dilatations) 6 (autres)

Cotisations: **30 Euros**

1 reçu pour déduction fiscal vous sera adressé

DON : Euros

TOTAL Euros

Fait à

Le/...../.....

Signature :

Chèque libellé à l'ordre d'AMC à expédier sous 8 jours à :

AMC

3 Bd Jourdan

13014 MARSEILLE