

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



## BULLETIN D'ADHESION

À retourner (ou à déposer) à ACCDM – 10 rue Maryvonne Rosse 53000 LAVAL - Desertsmedicaux@gmail.com

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 en cours de :

- 5€ (personne physique)**
- 50€ (personne morale)**

Je fais également un don de : .....€ en plus de mon adhésion

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 :