

A compléter et à retourner à :

APTAA
Faculté de Médecine et Pharmacie
Place Saint-Jacques 25030 BESANCON cedex

Je demande à adhérer à l'Association APTAA. Je m'engage à respecter la Charte APTAA dont j'ai reçu une copie et pris connaissance. Je verse le montant de la cotisation annuelle pour l'exercice 2010 (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- ordinaire : 25 € réduit * : 10 €
 soutien : 50 € bienfaiteur : à partir de 100 €

Date : ... / ... / ...
 Signature :

Je fais un don pour soutenir l'action d'APTAA et contribuer à l'achat de médicaments. Je verse (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- 15 € 30 €
 45 € autre montant :

NOM : Prénom :

Adresse **:

Code postal : Ville :

Adresse e-mail : @

(*) étudiant, demandeur d'emploi (**) pour l'envoi du reçu fiscal – déduction d'impôt de 60% des dons et cotisations

A compléter et à retourner à :

APTAA
Faculté de Médecine et Pharmacie
Place Saint-Jacques 25030 BESANCON cedex

Je demande à adhérer à l'Association APTAA. Je m'engage à respecter la Charte APTAA dont j'ai reçu une copie et pris connaissance. Je verse le montant de la cotisation annuelle pour l'exercice 2010 (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- ordinaire : 25 € réduit * : 10 €
 soutien : 50 € bienfaiteur : à partir de 100 €

Date : ... / ... / ...
 Signature :

Je fais un don pour soutenir l'action d'APTAA et contribuer à l'achat de médicaments. Je verse (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- 15 € 30 €
 45 € autre montant :

NOM : Prénom :

Adresse **:

Code postal : Ville :

Adresse e-mail : @

(*) étudiant, demandeur d'emploi (**) pour l'envoi du reçu fiscal – déduction d'impôt de 60% des dons et cotisations

A compléter et à retourner à :

APTAA
Faculté de Médecine et Pharmacie
Place Saint-Jacques 25030 BESANCON cedex

Je demande à adhérer à l'Association APTAA. Je m'engage à respecter la Charte APTAA dont j'ai reçu une copie et pris connaissance. Je verse le montant de la cotisation annuelle pour l'exercice 2010 (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- ordinaire : 25 € réduit * : 10 €
 soutien : 50 € bienfaiteur : à partir de 100 €

Date : ... / ... / ...
 Signature :

Je fais un don pour soutenir l'action d'APTAA et contribuer à l'achat de médicaments. Je verse (par chèque à l'ordre d'APTAA) :

- 15 € 30 €
 45 € autre montant :

NOM : Prénom :

Adresse **:

Code postal : Ville :

Adresse e-mail : @

(*) étudiant, demandeur d'emploi (**) pour l'envoi du reçu fiscal – déduction d'impôt de 60% des dons et cotisations