

Nom : Prénom :
Organisme/Société : Fonction :
Adresse :
.....
CP : Ville :
Courriel :@..... Téléphone :

Comment avez-vous connu la DIRMéCh ?

.....
.....

Etes-vous en lien avec la médecine conventionnelle ?

oui non

Si oui, comment :

.....
.....

Etes-vous en lien avec la médecine chinoise ?

oui non

Si oui, comment :

.....
.....

Etes-vous en lien avec une autorité nationale, européenne, internationale ?

oui non

Si oui, laquelle :

.....
.....

Comment souhaitez-vous soutenir la DIRMéCh ?

Par des actions :

oui non

Si oui, lesquelles ?

.....
.....

Par des financements* : Adhésion : 50 €/an Dons :

Date : Signature :

L'adhésion est ouverte aux personnes morales et physiques (à condition d'être majeur). Pour être membre de l'association, nous vous prions de nous retourner par courrier ou mail ce formulaire dûment rempli et signé. L'adhésion est valable un an, sous réserve de paiement de la cotisation annuelle et sous-entend de fait, l'acceptation des statuts et du règlement intérieur de la DIRMéCh. Dès réception, nous vous adressons un reçu.

*La DIRMéCh est une association reconnue d'utilité publique régie par la loi du 1^{er} Juillet 1901. Vos cotisations et dons sont déductibles des impôts selon l'article 200 & 238 B du CGI (en fonction de votre statut fiscal et juridique).