



## FORMULAIRE DE VERSEMENT DE COTISATION RÉSERVÉ AUX ADHÉRENTS VML

**Adhérent(e)** à l'association VAINCRE LES MALADIES LYSOSOMALES, je choisis de verser ma cotisation annuelle en qualité de:

- Membre adhérent** \_\_\_\_\_ **20 €**
- ou  **Membre bienfaiteur** \_\_\_\_\_ **60 €**

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Je joins un chèque libellé à l'ordre de VML d'un montant de .....€

ou

Je règle par carte bleue sur le site internet de VML ([www.vml-asso.org/adhesion](http://www.vml-asso.org/adhesion)), Précisez "Renouvellement adhésion".

Ou

Je choisis le règlement par prélèvement annuel. Rendez-vous sur [www.vml-asso.org/adhesion](http://www.vml-asso.org/adhesion), sélectionnez "Renouvellement annuel" / Prélèvement, puis complétez la procédure à nous retourner.

Fait à ....., **Signature**

le .....

Formulaire à retourner à VML - 2 T avenue de France , 91300 MASSY

### SI VOUS ETES IMPOSABLE

**Le versement de votre cotisation ouvre droit à déduction fiscale. Vous recevrez un reçu fiscal pour le montant versé à indiquer sur votre déclaration de revenus de l'année en cours. Ainsi, si vous êtes imposable:**

> **Pour une cotisation de 20 €, votre impôt à payer sur le revenu sera diminué de 13,20 €**  
(votre dépense réelle sera donc de 6,80 €)

> **Pour une cotisation de 60 €, votre impôt à payer sur le revenu sera diminué de 39,60 €**  
(votre dépense réelle sera donc de 20,40 €)

En application de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit de rectification en vous adressant au siège de l'association Vaincre les Maladies Lysosomales.