

**Découpez votre bulletin d'adhésion suivant le pointillé  
et envoyez-le rempli avec votre chèque**

(libellé à l'ordre de Association DMLA) **sous enveloppe à**

**Association DMLA c/o R.C.I.  
326, bureaux de la Colline  
92213 Saint Cloud Cedex**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél : ..... Portable : .....

E-mail :

.....@.....

**Vous recevrez en retour**

- Un reçu
- Une carte d'adhérent

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant, figurant sur notre fichier.  
Pour cela, il vous suffit d'adresser une demande écrite à l'Association DMLA.



**La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge** représente la principale cause de malvoyance dans les pays développés. Plus de 1 million de personnes sont concernés en France.

**DMLA**

**DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE LIÉE À L'ÂGE**

**N° Vert 0 800 880 660**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

[www.association-dmla.com](http://www.association-dmla.com)

Siège social : Hôpital intercommunal de Créteil - Service d'Ophtalmologie  
40 avenue de Verdun - 94010 Créteil - email : [postmaster@association-dmla.com](mailto:postmaster@association-dmla.com)

Notre Association, issue d'une longue expérience clinique et thérapeutique dans la DMLA regroupe un réseau de médecins ophtalmologistes spécialisés, de patients atteints par l'affection, d'opticiens et d'orthoptistes et de scientifiques impliqués dans la recherche fondamentale sur la DMLA.

## Les 4 missions principales de l'Association DMLA :

1. Informer le grand public,
2. Écouter, soutenir et aider les patients,
3. Créer un réseau de professionnels de santé,
4. Aider la recherche médicale et scientifique contre la DMLA.

En adhérant à l'Association DMLA, vous aurez accès à toutes les informations sur la DMLA par notre numéro vert, la lettre de l'Association et notre site internet. **L'accès au numéro vert est accessible à tous les adhérents.**



Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Je souhaite adhérer à l'Association DMLA

Je souhaite renouveler mon adhésion à l'Association DMLA

**Je désire adhérer à l'Association DMLA, en tant que :**

Patient    Nom de mon ophtalmologiste \_\_\_\_\_

Ophtalmologiste     Orthoptiste/Opticien

Scientifique/Sympathisant

● Membre actif .....25 €

● Membre bienfaiteur .....50 € ou plus <sup>(1)</sup>

● Je fais un Don de ..... € <sup>(1)</sup>

Je suis volontaire bénévole pour aider les actions de l'Association DMLA     Oui     Non

Le règlement se fera par chèque à l'ordre de  
**Association DMLA**

L'Association est habilitée à recevoir des dons.

**(1) Pour les dons et les sommes versées au-delà de la cotisation (25 €), il sera établi un reçu pour les impôts selon l'Art. 200 du CGI, afin de bénéficier d'une déduction fiscale : 66 % du montant de votre don est directement déductible de votre impôt, dans la limite de 20 % de votre revenu net imposable. Ainsi, un don de 100 euros, par exemple, ne vous revient qu' à 34 euros après déduction fiscale.**