

Bulletin d'inscription

ASSEMBLEE GENERALE DE L'A.M.V.A.R.A RHONE-ALPES

(Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Rhône, Loire, Savoie et Haute-Savoie)

Coupon-réponse à retourner, le plus tôt possible (impérativement avant le 31 mars 2026)

De préférence par mail à : amvararhone@gmail.com

(Exceptionnellement par courrier postal à : AMVAR, 6, Rue Antoine Lumière, 69008 Lyon)

Le Dr., Mme, Monsieur : Nom : Prénom :

Accompagné(e) de : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Adresse mail :

Téléphone portable : Fixe :

Participera (ont) :

1. **A l'AG seulement à 10 h 30** précises : Nombre de personne(s) :

2. **Au déjeuner** : Nombre de personne(s) :

3. **A la visite culturelle : Visite guidée du Musée Claude Bernard** (Coût pris en charge par l'A.M.V.A.R.)

A 15h - Nombre de personnes

Ou à 16h - Nombre de personnes

Prix de la participation au déjeuner : 60,00 € pour les médecins retraités et accompagnants; 35,00 € pour les veuves ou veufs de médecins retraités.

Règlement de la totalité avant le 10 avril pour valider l'inscription

Règlement à faire de préférence par virement (Merci de préciser le motif de votre virement)

Le RIB est le suivant : (bien mettre le titulaire complet)

FR1720041010071593011G03804

PSSTFRPLYO

TITULAIRE DU COMPTE : AMVAR ASS MEDECINS RETRAITES VEUVES VEUFS CARMF DPT DU RHONE

A défaut, par chèque à l'ordre de **l'AMVAR**

Adresse: Docteur Pierre-Yves DENIS - 139 avenue du Maréchal de Saxe - 69003 LYON

TRAJETS

Pour les trajets nous préconisons le **co-voiturage**.

Merci de nous préciser si vous pouvez véhiculer 1 à 3 participants ou si vous souhaitez être véhiculé.

Le Dr, Me, M. : Nom :Prénom :

Accompagné(e) de : Nom :Prénom :

Adresse :

Code postal :Localité :

Adresse mail :

Téléphone portable :

Rayer la mention inutile :

Souhaite être véhiculé Peut prendre en charge : 1personne , 2 personnes ou 3 personnes

La participation aux frais se fera par une entente directe entre vous mais nous suggérons que les coûts des péages et des parkings soient réglés par les personnes accueillies.

POUVOIR

Merci de nous envoyer un pouvoir si vous pensez ne pas participer à cette Assemblée Générale

POUVOIR POUR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'A.M.V.A.R.A RHONE-ALPES, le JEUDI 23 AVRIL 2026

Je soussigné(e), (Nom, Prénom) :

Donne pouvoir à de me représenter à l'Assemblée Générale de l'AMVARA le 23 avril 2026

Fait à : le:...../...../.....

Signature, précédée de la mention manuscrite « Bon pour pouvoir » :

Pouvoir à adresser par mail à l'AMVAR du Rhône : amvararhone@gmail.com

(Exceptionnellement par courrier postal à : AMVAR, 6, Rue Antoine Lumière, 69008 Lyon)

NB : Par mail - Ne pas « répondre à tous » mais seulement à l'envoyeur.

Merci d'identifier votre pièce jointe comme ceci : Dupont , Jaques, Dr, Pouvoir