

Chère adhérente, cher adhérent,



L'existence depuis le 1^{er} juillet 2018 du règlement européen prévoyant « d'éliminer progressivement l'utilisation des amalgames dentaires » marque la concrétisation des efforts de notre association **Non au Mercure Dentaire** pour faire évoluer la législation.

Il reste à s'assurer qu'un plan national soit mis en place et réponde à ces objectifs.

L'information du grand public par le biais de notre site internet ou la distribution de plaquettes par les adhérents reste une priorité.

Étendre l'interdiction des amalgames dentaires, informer sur la sécurisation des déposes, s'assurer de l'application du consentement éclairé, faire reconnaître et faire prendre en charge les patients intoxiqués sont autant de buts que se fixe **NAMD**. C'est grâce à vous que ces combats sont menés.

Votre association n'existe que par votre désir d'adhérent et par votre soutien qui en est la marque. La poursuite de votre adhésion est primordiale pour celle de nos actions.

Aussi, nous vous remercions sincèrement pour la confiance que vous nous accordez.

Bien cordialement,

Le bureau de NAMD

BULLETIN D'ADHÉSION OU DE RÉ-ADHÉSION

Nom :	Prénom (s) :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Email :	Téléphone :

Adhésion et dons :

66 % des sommes versées sont déductibles de vos impôts dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.

<input type="checkbox"/> J'adhère à l'association en versant ma cotisation d'un montant de :	30 €
<input type="checkbox"/> J'offre un don en plus de ma cotisation d'un montant de :	€
<input type="checkbox"/> J'effectue un virement sur le CCP n°1266737X032 de Non Au Mercure Dentaire NAMD IBAN FR25 2004 1010 1112 6673 7X03 214	d'un montant de : €
<input type="checkbox"/> J'envoie mon chèque d'un montant de :	€
<input type="checkbox"/> J'adresse mon virement Paypal par le site www.non-au-mercure-dentaire.org	€

<input type="checkbox"/> Je demande à figurer sur la Liste-Contacts. J'autorise la diffusion de mes coordonnées aux autres inscrits de cette liste et prends acte que l'association dégage sa responsabilité quant aux informations échangées dans ce contexte.

<input type="checkbox"/> Je suis Médecin.	<input type="checkbox"/> Je suis Dentiste.
---	--

DATE :

SIGNATURE :

BULLETIN À RETOURNER À :

**Mme Mathilde Taffin - NAMD Secrétariat
1 rue de Fruges – 62310 Coupelle-Neuve**