



Site Internet [www.amara-asso.fr](http://www.amara-asso.fr)  
Courriel: [contact.amara@laposte.net](mailto:contact.amara@laposte.net)

## A M A R A

Association des Médecins Allocataires **CARMF**  
Région Auvergne Affiliée **FARA**

-----  
Président Honoraire Dr.Jacques .PENAULT  
Président Dr Patrick POCHET  
Secrétaire Dr. WEBER-PAUPY Françoise  
Trésorier Dr.Bernard BOUCHE

### La LETTRE AVRIL 2025

Madame, Monsieur, chers Ami(e)s

La tenue de l'Assemblée Générale Annuelle Statutaire 2025

**aura lieu le jeudi 10 Avril à ROYAT**

**à L'Hôtel Royal St MART**

#### L'Ordre du Jour :

1. **Accueil – Vérification du Quorum** *Si le quorum n'est pas atteint une 2eme AG extraordinaire se tiendra immédiatement après*
  - Approbation du PV de la dernière AG 2024
  - Rapport moral par le Président Dr P. POCHET
  - Rapport d'activité par Dr F WEBER Secrétaire
  - Rapport financier par le Trésorier Dr B. BOUCHE
  - Budget 2025 , vote du tarif des cotisations, quitus au trésorier
  - Vote pour le renouvellement du conseil d'administration
  - Point sur les Retraites par le Dr LONJON Roger
  - Délégué CARMF pour le Puy de Dome

Questions diverses..

**IMPORTANT :** *Selon nos statuts ne peuvent participer au vote que les adhérents à jour de leur cotisation 2025*

Merci de nous retourner le formulaire ci joint afin de mettre à jour la liste électorale ..à Dr Françoise WEBER Secrétaire

**Un Repas convivial sera servi a L'Hôtel Royal Sqt Mart**

***Prix du Repas 40 euros à régler sur place***

Nous vous remercions par avance de votre présence et vous prions d'agréer,  
Madame, Monsieur, l'expression de nos cordiales salutations.

*P. /Le Président Le bureau*

## Formulaire Pre – Inscription AG statutaire Annuelle

Merci de nous retourner ce Formulaire afin de prévoir le nombre de participants et effectuer les réservations pour les organisateurs

➤ Civilité :  DR  Mr  Mme

\_Nom : ..... Prénom .....

➤ Adresse : ..... Complément : .....

➤ C Postal : ..... Ville : .....

➤ Tel : ..... Courriel : .....@.....

➤ Importance de l'adresse courriel pour envoyer des documents ,être tenu informés des activités de l'AMARA et réduire les frais de gestion ( frais postaux ) et **la mise à jour de notre Fichier des adhérents**

(2) **Condition statutaire** :Etre à jour de cotisation pour 2024 pour participer à l'AG  
( renvoyer le formulaire ci dessus au trésorier)

➤

<b>Participera à l'AG du 10 Avril 2025</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Accompagnant participant au Repas Nombre : :.....	<b>Donne mon Pouvoir</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON si oui à : NOM : ..... Prénom : .....
---	--

### • RENOUELEMENT DES MEMBRES du Conseil d'Administration

Comme prévu dans les statuts, les membres du Conseil d'Administration sont élus tous les 3 ans,  
Les Adhérents à jour de leur cotisation désireux de faire partie du Conseil d'Administration voudront bien faire acte de candidature

Civilité :  DR  Mr  Mme

\_Nom : ..... Prénom .....

➤ Adresse : ..... Complément : .....

➤ C Postal : ..... Ville : .....

➤ Tel : ..... Courriel : .....@.....

**déclare être candidat(e) à l'élection pour le renouvellement du Conseil d'Administration de l'AMARA lors de l'AG du Jeudi 11 Avril 2024 à St FLOUR.**

**à retourner au Secrétariat**

Dr. WEBER-PAUPY Françoise  
**26 chemin des Meumiers**  
**63870 ORCINES**  
**tel 06 75 03 9183**  
**ou Courriel: [françoise.weber@hotmail.fr](mailto:françoise.weber@hotmail.fr)**

Date :

Signature

## Appel COTISATION AMARA Année 2025

**RENOUVELLEMENT** (2) Cotisation à jour en 2024  **1ere Adhésion ou avant 2024**

Civilité :  DR  Mr  Mme

Nom

Prénom :

Adresse :

Complément d'adresse

CPostal :

Ville :

Tel :

Courriel (1) .....@.....

<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension de retraite <b>26 €</b>	<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension de réversion <b>16 €</b>
<input type="checkbox"/> Titulaire d'une pension invalidité <b>20 €</b>	<i>La cotisation de l'AMARA (Asso loi 1901) est déductible au taux de 66 % sur votre déclaration d'impôts.</i>
<i>Souhaitez vous recevoir un Reçu FISCAL <input type="checkbox"/> OUI</i> <b>Montant Cotisation Déductible des Impôts</b>	<b>merci de joindre une enveloppe affranchie à votre adresse</b>

Joindre la somme correspondante, ..... par chèque bancaire, <i>au formulaire</i> à l'ordre de <b>A.M.A.R.A</b> <i>Adresser le tout au Trésorier de l'association</i> Cotisation : ...,€ ...	<b>Dr.B.BOUCHE</b>  <i>3, avenue J. Claussat</i>  <b>63400 CHAMALIERES</b>
---	--

**Date** .../.../2024

**Signature**