

## BULLETIN D'ADHESION / COTISATION

**A retourner à l'AFP<sup>ric</sup> - 9, rue de Nemours - 75011 PARIS. Tél. : 01.400.30.200**

**J'adhère pour la 1<sup>ère</sup> fois à l'AFP<sup>ric</sup>**      **ou**       **Je renouvelle ma cotisation**

*Je recevrai la revue Polyarthrite infos et bénéficierai de l'aide et des services d'information de l'AFP<sup>ric</sup>.*

**Je choisis :**

- |  |              |                          |
|--|--------------|--------------------------|
| ↘ une cotisation simple                | 21 €         |                          |
| et un abonnement à Polyarthrite infos  | 11 €         |                          |
| <b>soit au total</b>                   | <b>32 €</b>  | <input type="checkbox"/> |
| ↘ une cotisation de soutien            | 31 €         |                          |
| et un abonnement à Polyarthrite infos  | 11 €         |                          |
| <b>soit au total</b>                   | <b>42 €</b>  | <input type="checkbox"/> |
| ↘ une cotisation de membre bienfaiteur | 71 €         |                          |
| et un abonnement à Polyarthrite infos  | 11 €         |                          |
| <b>soit au total</b>                   | <b>82 €</b>  | <input type="checkbox"/> |
| ↘ une cotisation de parrainage         | 171 €        |                          |
| et un abonnement à Polyarthrite infos  | 11 €         |                          |
| <b>soit au total</b>                   | <b>182 €</b> | <input type="checkbox"/> |

**Je soutiens les actions de l'AFP<sup>ric</sup> en faisant un don de :**

- ↘ 30 €
- ↘ 50 €\*
- ↘ 80 €
- ↘ Don libre : ----- €

**SOIT LE MONTANT TOTAL DE MON REGLEMENT : ----- €**

**Merci d'établir votre règlement à l'ordre de l'AFP<sup>ric</sup>.**

Je recevrai un reçu fiscal sur le montant de ma cotisation et/ou de mon don (il n'y a pas de reçu fiscal sur le montant de l'abonnement à la revue), me permettant de bénéficier d'une déduction fiscale de 66 % du montant versé, dans la limite de 20 % de mon revenu imposable.

**\*Ainsi, un don de 50 € par exemple ne me coûtera en réalité que 17 €.**

**Nom :** ----- **Prénom :** -----

**Date de naissance :** ----- **Date de début de PR :** -----

**Autre RIC (Rhumatisme Inflammatoire Chronique) : lequel ?** -----

**Adresse :** -----

**Code postal :** ----- **Ville :** -----

**Téléphone :** ----- **E-mail :** -----

*Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous bénéficiez, sur simple demande à l'AFP<sup>ric</sup>, d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de*

**Attention, nouvelle adresse du Secrétariat National :**

AFP<sup>ric</sup>

9, rue de Nemours – 75011 PARIS

Tél. : 01 400 30 200

E-mail : [afp@nerim.net](mailto:afp@nerim.net) Site internet : [www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org)

Association reconnue d'utilité publique par décret du 03/11/09