



Bulletin de don AFP^{ric}

D22INT

**Sans la détermination des polyarthritiques, l'AFP^{ric} n'existerait pas.
Sans votre soutien et votre don, l'AFP^{ric} disparaîtrait !**

Je fais un don pour l'AFP^{ric}

- Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
 30 € 60 € 90 € 150 € Don libre : _____ €

Chèque à l'ordre de l'AFP^{ric} à envoyer à AFP^{ric} – 9, rue de Nemours – 75011 Paris **ou paiement en ligne sur notre site www.polyarthrite.org**

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Mail : _____

J'accepte que mes coordonnées fassent l'objet d'un traitement informatique à l'usage exclusif de l'AFP^{ric}. L'enregistrement de ces données est nécessaire à l'AFP^{ric} afin qu'elle puisse enregistrer mon don, m'adresser le reçu fiscal correspondant, me tenir informé(e) de l'actualité et des activités de l'association ou me joindre au sujet de mon règlement.

Vos coordonnées ne font en aucun cas l'objet de transmission à des tiers. L'AFP^{ric} s'engage à respecter les conditions légales de confidentialité applicables en France et à ne pas divulguer ces informations à des tiers, hors prestataires techniques respectant la règle de confidentialité. **Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant.** Vous pouvez également modifier ou supprimer ces informations. Pour exercer ce droit, il convient d'écrire à Sandrine Rollot – Association Française des Polyarthritiques – au Secrétariat national dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Les données personnelles des personnes inactives depuis 3 ans seront supprimées.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA POUR LES PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

À compléter uniquement pour les prélèvements automatiques. Joindre un RIB.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFP^{ric} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFP^{ric}.

Important : merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un RIB et de votre bulletin d'adhésion/don.

Identification du créancier : FR18ZZZ002305

Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFP^{ric})
9, rue de Nemours – 75011 Paris

Identification du débiteur :

Nom, Prénom / Raison sociale : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____
Téléphone : _____

Type de paiement (Prélevé le 5 du mois) : Mensuel Trimestriel Annuel

Fait à : | _____ |

Signature :

Le : | _ | _ | _ | _ | _ | _ |