

Rejoignez l'AFP^{ric}

pour qu'ensemble nous soyons plus forts pour combattre la maladie et faire avancer la recherche

Bulletin
d'adhésion
et de don



VOUS ÊTES EN DIFFICULTÉ FINANCIÈRE ? Vous pouvez aussi vous mobiliser, grâce à la cotisation sociale. Pour en savoir plus, contactez le **service Entr'Aide** au : **01 400 30 200**

J'adhère

Je choisis le montant et le mode de paiement :

<input type="checkbox"/> Cotisation simple : 32 € (21 € + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel	<input type="checkbox"/> Cotisation de parrainage : 182 € (171 € + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement trimestriel : 45,50 € tous les 3 mois
<input type="checkbox"/> Cotisation de soutien : 42 € (31 € + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement mensuel : 3,50 € par mois	<input type="checkbox"/> Abonnement à la revue pour les non-adhérents : 22 € <input type="checkbox"/> Chèque
<input type="checkbox"/> Cotisation de membre bienfaiteur : 82 € (71 € + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement trimestriel : 20,50 € tous les 3 mois	

Je fais un don

- Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
 30 € 60 € 89 € 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

Vous recevrez un reçu fiscal du montant de votre cotisation ou don. Grâce à la réduction d'impôts, un don de 89 € ne vous coûtera en réalité que 30 €.

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}. Vos données sont nécessaires pour enregistrer votre cotisation ou votre don, vous envoyer un reçu fiscal, la revue et vous informer des activités de l'association.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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 : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |