



# Bulletin de don AFP<sup>ric</sup> et recherche

INT 2020

**Sans la détermination des polyarthritiques, l'AFP<sup>ric</sup> n'existerait pas.  
Sans votre soutien et votre don, l'AFP<sup>ric</sup> disparaîtrait !**

**Je fais un don pour l'AFP<sup>ric</sup>**

- Chèque       Prélèvement mensuel       Prélèvement annuel  
 30 €       60 €       89 €       Don libre : \_\_\_\_\_ €

**Je fais un don au profit de la recherche**

- Chèque       Prélèvement mensuel       Prélèvement annuel  
 30 €       60 €       89 €       Don libre : \_\_\_\_\_ €

Chèque à l'ordre de l'AFP<sup>ric</sup> à envoyer à AFP<sup>ric</sup> – 9, rue de Nemours – 75011 Paris **ou paiement en ligne sur notre site [www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org)**

*Vous recevrez un reçu fiscal du montant de votre don vous permettant de bénéficier d'une réduction d'impôt de 66% de ce montant, dans la limite de 20% du revenu imposable. Par exemple, 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<sup>ric</sup>. L'enregistrement de ces données est nécessaire à l'AFP<sup>ric</sup> 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<sup>ric</sup> 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

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFP<sup>ric</sup> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFP<sup>ric</sup>.

**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<sup>ric</sup>)  
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 : | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | \_ |