

Bulletin
d'adhésion et
d'abonnement



Rejoignez l'AFP^{ric}

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

Bulletin complété et signé accompagné de votre RIB à envoyer :

Par voie postale : AFP^{ric} – 9, rue de Nemours – 75011 Paris

Par mail : contact@afpric.org

Je renouvelle mon adhésion et mon abonnement à la revue PolyArthrite *infos*

<input type="checkbox"/> Cotisation simple : 32 € (21 € d'adhésion + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel	<input type="checkbox"/> Cotisation de membre bienfaiteur : 82 € (71 € d'adhésion + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement trimestriel de 20,50 € tous les 3 mois
<input type="checkbox"/> Cotisation de soutien : 42 € (31 € d'adhésion + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement mensuel de 3,50 €/mois	<input type="checkbox"/> Cotisation de parrainage : 182 € (171 € d'adhésion + 11 € d'abonnement) <input type="checkbox"/> Prélèvement annuel <input type="checkbox"/> Prélèvement trimestriel de 45,50 € tous les 3 mois

- Les prélèvements se font automatiquement **le 5 du mois**.
- Un courrier de confirmation vous sera envoyé avant le 1^{er} prélèvement.
- Autorisation renouvelable annuellement par tacite reconduction. Si vous souhaitez arrêter votre prélèvement, merci de nous adresser un courrier ou un mail 3 semaines avant votre prochain prélèvement.

Je souhaite faire un don en complément de mon adhésion

30 € 60 € 89 € Don libre : _____ €

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

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) : <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel <input type="checkbox"/> Annuel		

Fait à : | _____ |

Signature :

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

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.

L'AFP^{ric} s'engage à ne jamais transmettre vos coordonnées à des tiers. Les coordonnées recueillies sont utiles pour nous permettre d'enregistrer votre don, vous adresser le reçu fiscal correspondant à votre don et toute information concernant nos activités. Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant. Vous pouvez les modifier ou les supprimer en écrivant à Sandrine Rollot - AFP^{ric} – 9 rue de Nemours – 75011 PARIS

Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques

9 rue de Nemours - 75011 Paris

01 400 30 200

www.polyarthrite.org

