

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

Chèque à l'ordre de l'AFP^{ric} à envoyer avec votre bulletin à :
AFP^{ric} – 9, rue de Nemours – 75011 Paris

Je souhaite un faire un don à l'AFP^{ric}

- Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
 30 € 60 € 89 € 150 € Don libre : _____ €

Je souhaite faire un don pour la recherche

- Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
 30 € 60 € 89 € 150 € Don libre : _____ €

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.

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.

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 : FR18ZZ002305

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 : |__| |__| |__| |__| |__|