

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

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

J'adhère et je m'abonne à la revue PolyArthrite infos

Je choisis le montant et le mode de paiement :

- Cotisation simple : 32 €** (21 € + 11 € d'abonnement)
 Chèque Prélèvement annuel
- Cotisation de soutien : 42 €** (31 € + 11 € d'abonnement)
 Chèque Prélèvement annuel
 Prélèvement mensuel : 3,50 € par mois
- Cotisation de membre bienfaiteur : 82 €**
 (71 € + 11 € d'abonnement)
 Chèque Prélèvement annuel
 Prélèvement trimestriel : 20,50 € tous les 3 mois
- Cotisation de parrainage : 182 €** (171 € + 11 € d'abonnement)
 Chèque Prélèvement annuel
 Prélèvement trimestriel : 45,50 € tous les 3 mois
- Abonnement à la revue pour les non-adhérents : 22 €**
 Chèque
- Je fais un don**
 Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
 30 € 60 € 89 € Don libre : _____ €

Quand j'adhère :

- Je reçois la revue trimestrielle PolyArthrite *infos* et la newsletter mensuelle le Fil de l'info
- Je bénéficie de l'assistance des services Entr'Aide et de protection juridique
- Je suis invité(e) aux activités organisées près de chez moi : Salons de la polyarthrite, permanences d'accueil, rencontres conviviales, groupes de parole, activités de bien-être...

Quand je fais un don :

- Je soutiens les actions de l'AFP^{ric}
- J'aide l'association à préserver son indépendance : près de 70 % de nos ressources proviennent de la générosité des particuliers
- Je contribue au développement de services pour les malades et leur famille

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 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

Vos coordonnées de 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—AFP^{ric}—au Secrétariat national dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Les données personnelles des personnes inactives depuis 3 ans seront supprimées.

Fait à : | _____ |

Signature :

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