



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

Adhésion / Abonnement

Cotisation simple : 32 €

(21 € d'adhésion + 11 € d'abonnement)

Prélèvement annuel

Cotisation de membre bienfaiteur : 82 €

(71 € d'adhésion + 11 € d'abonnement)

Prélèvement annuel

Prélèvement trimestriel de 20,50 € tous les 3 mois

Cotisation de soutien : 42 €

(31 € d'adhésion + 11 € d'abonnement)

Prélèvement annuel

Prélèvement mensuel de 3,50 €/mois

Cotisation de parrainage : 182 €

(171 € d'adhésion + 11 € d'abonnement)

Prélèvement annuel

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.

Don

Prélèvement mensuel Prélèvement annuel

30 € 60 € 89 € Don libre : _____ €

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 €.

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.

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

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

Fait à : | _____ |

Signature :

Le : |__| |__| |__| |__|

Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques

9 rue de Nemours - 75011 Paris

01 400 30 200

www.polyarthrite.org

