

Bulletin à envoyer complété et signé accompagné de votre RIB :

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

Par mail : contact@afpric.org

Don à l'AFP^{ric}

☐ Prélèvement mensuel ☐ Prélèvement annuel

☐ 30 € ☐ 60 € ☐ **89 €** ☐ 150 € ☐ Don libre : _____ €

Don pour la recherche

☐ Prélèvement mensuel ☐ Prélèvement annuel

☐ 30 € ☐ 60 € ☐ **89 €** ☐ 150 € ☐ Don libre : _____ €

Vous recevrez un reçu fiscal du montant de votre 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 : _____

E-mail : _____

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