Rejoignez-nous
et contribuez à faire grandir notre association

Bulletin AFP^ric - FIL26 -

J'adhère/je m'abonne à 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

❑ **Cotisation simple sans abonnement : 21 €**
- ❑ Chèque

❑ **Abonnement à la revue sans adhésion : 22 €**
- ❑ Chèque

Quand j'adhère :

- **Je reçois la revue trimestrielle PolyArthrite *infos* et la newsletter mensuelle le Fil de l'info**
- **Je bénéficie de l'assistance du service Entr'Aide**
- **Je suis invité(e) aux évènements de l'association**
- **J'ai un droit de vote à l'Assemblée Générale**
- **Je donne du poids à l'association pour porter la parole des malades**

Je fais un don solidaire

❑ Chèque ❑ Prélèvement mensuel ❑ Prélèvement annuel

❑ **30 €** ❑ **60 €** ❑ **89 €** ❑ Don libre : _____ €

Quand je fais un don :

- **Je soutiens les actions de l'AFP^ric**
- **J'aide l'association à préserver son indépendance : plus 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 et/ou don. Grâce à la réduction d'impôts, un don de 89 € ne vous coûtera en réalité que 30 €.

VOUS ÊTES EN DIFFICULTÉ FINANCIÈRE ? Vous pouvez vous aussi devenir adhérent, grâce à la cotisation sociale à 10€. Pour en savoir plus, contactez le **service Entr'Aide** au **01 400 30 200**

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

À compléter uniquement pour les prélèvements automatiques. Joindre votre 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.

Identification du créancier : FR18ZZZ002305 – 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 ne 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 - Association Française des Polyarthritiques - 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 : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|