

Appt 15 – Roussolles – 27 rue Aimé Audubert – 19000 TULLE  
 Ecoutes Nationales : 05 55 21 61 49 – Secrétariat : 09 67 29 61 49 - Site : [www.spondylarthrite.org](http://www.spondylarthrite.org)

**Bulletin d'adhésion ou de don format papier 2020**  
**Pour le format numérique : [www.spondylarthrite.org](http://www.spondylarthrite.org)**

1<sup>ère</sup> demande  demande de renouvellement - n° adhérent :

Nom : Prénom :

Adresse : .....

..... Code postal : ..... Ville : .....

Date de naissance. .... Profession : .....

Courriel : ..... Autorisation newsletter AFS : oui  non

Fixe : ..... (Liste rouge : oui – non) Port. : .....

J'autorise l'association à donner mes coordonnées au délégué régional AFS :  oui  non

**Le montant des cotisations reste inchangé avec version numérisée du magazine « Spondyloarthrites infos » et sera toujours déductible des impôts en totalité. Pour la version papier le montant sera de 10 € supplémentaires pour frais d'envois (seul le montant de la cotisation sera déductible des impôts)**

Je soussigné(e)..... Demande à adhérer à l'AFS en tant que :

**Cotisations + magazines version numérique**

**Cotisations + magazines version papier**

<input type="checkbox"/> Membre à partir de 30,00 €	<input type="checkbox"/> Membre à partir de 40,00 €
<input type="checkbox"/> Cotisation « famille » à partir de 50 €	<input type="checkbox"/> Cotisation « famille » à partir de 60 €
Indiquer : Le Nom/Prénom : <input type="checkbox"/> conjoint(e) / <input type="checkbox"/> concubin(e).....	
<input type="checkbox"/> Membre à partir de 90,00 €	<input type="checkbox"/> Membre à partir de 100,00 €
<input type="checkbox"/> Je désire faire un don : <input type="checkbox"/> à l'association <input type="checkbox"/> à l'aide aux malades .....€	
Montant en toutes lettres. .... Euros	

- Jeune 18/25 ans** première année Gratuit revue version numérisée.
- Jeune 18/25 ans** deuxième année et suivantes 15.00 € jusqu'à 25 ans revue version numérisée.
- Jeune 25/35 ans** 15.00 € Revue Version numérisée jusqu'à 35 ans.
- Jeune 25/35 ans** 20.00 € Revue Version Papier jusqu'à 35 ans.

Je désire payer par :

**Prélèvement automatique** (en cochant cette case j'autorise l'AFS à prélever sur mon compte ma cotisation et/ou mon don selon mon choix de paiement)

Veillez remplir et signer l'autorisation en y joignant vos codes (RIB) IBAN et BIC.

Annuellement  Semestriellement  Trimestriellement  Mensuellement

**Chèque bancaire** (établi à l'ordre de l'Association France Spondyloarthrites)

Date : ..... **Signature** : Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 78, relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, le recueil de ces informations nominatives et son traitement informatisé à des fins de "gestion des membres d'une Association" ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la C.N.I.L. Le droit d'accès et de rectification tel que prévu par la loi s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'Association, seuls détenteurs de ces informations.

Référence unique de mandat (cadre réservé à l'association)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association France Spondyloarthrites à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et le Crédit Mutuel, notre banque, à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Association France Spondyloarthrites. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veillez compléter les champs marqués\*

Votre Nom

\* [Redacted]
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse

\* [Redacted]
Numéro et nom de la rue
[Redacted]
Code postal [Redacted] Ville [Redacted]

Les coordonnées de votre compte

\* [Redacted]
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
\* [Redacted]
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier

\* ASSOCIATION France SPONDYLOARTHITES
Nom du créancier
\* FR19ZZZ602717
Identifiant du créancier
\* Appt n° 15 27 RUE AIME AUDUBERT
Numéro et nom de la rue
\* 1 9 0 0 0 0
Code postal Ville
\* [Redacted]
Pays

Type de paiement

\* Paiement récurrent / répétitif [ ] [ ] [ ] [ ] Paiement ponctuel [ ] [ ] [ ] [ ]

Signé à

\* [Redacted]
Lieu \* [Redacted]
Date

Signature(s)

\* Veuillez signer ici [Redacted]

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies à titre indicatif

Code identifiant du débiteur

indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

"Nom du tiers débiteur": si votre paiement concerne un accord passé entre l'Association France Spondyloarthrites et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom. [Redacted]
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur

Nom du tiers créancier: le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné

Numéro d'identification du contrat

Description du contrat

A retourner à:

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier