



Association France Spondyloarthrites & Rics

Agréé par le Ministère de la Santé n° N2021RN0049

Ecoutes nationales : 05 55 21 61 49 - Secrétariat : 09 67 29 61 49

Courriel : secretariat.afs@gmail.com

bulletin d'adhésion ou de don 2026

- ☐ Don *
- ☐ 1 ère demande
- ☐ Renouvellement
- Code Adhérent**
N°: _____

M / Mme : Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tel fixe : _____ Tel portable : _____

Courriel : _____

- **J'autorise l'AFS 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 25 € supplémentaires** pour frais d'impression et d'envois (**seul le montant de la cotisation sera déductible des impôts**)

- **Je soussigné(e) :** _____ **Demande à adhérer à l'AFS.**

Cotisation membre + accès aux magazines et documentation numérique sur notre site

- ☐ Cotisation, membre "individuelle" = 30 €
- ☐ Cotisation, membre "famille" = 50 € *Veillez inscrire les bénéficiaires en dessous.*

- **Indiquez :** Nom/Prénom : ☐ Conjoint(e) / ☐ Concubin(e) / ☐ Enfant(s).

-
- ☐ Cotisation, membre "Bienfaiteur(trice)" = 90 €

Vous souhaitez recevoir nos revues chez vous ?

Magazines AFS, 3/an.

Total cotisation + revues =

☐ **3 *revues = 25 €**

**Fin mars, fin juin, fin novembre*

- ***Je désire faire un don :** à l'Association ☐ ou à l'aide aux malades ☐ de : _____ €
- Montant en toutes lettres : _____

- ☐ **Je désire payer par chèque bancaire :** l'établir à l'ordre de l'AFS, ou **Association France Spondyloarthrites**
- ☐ **Par Prélèvement automatique :** en cochant cette case j'autorise l'AFS à prélever sur mon compte ma cotisation et/ou mon don.
- **Veillez remplir et signer l'autorisation en y joignant vos codes RIB - IBAN - BIC (au dos de ce document).**
- **Je souhaite avoir des prélèvements :**

☐ Annuellement - ☐ Semestriellement - ☐ Trimestriellement - ☐ Mensuellement

- **À quelle date préférez-vous vos prélèvements :** ☐ le 1er ou ☐ le 15 du mois

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.

Siège social et secrétariat : AFS - Roussolles Log n°15 – 27 rue Aimé Audubert – 19000 TULLE

Siret : 480 318-7 379 00042

Mandat de prélèvement SEPA
Reference unique de mandat (cadre réservé à l'Association)



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association France Spondyloarthrites à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et le Credit 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 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.

Veuillez compléter les champs suivants :

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :

Coordonnées de votre compte

IBAN : (Numéro d'identification du compte bancaire)
BIC : (Code international d'identification de votre banque)

NON du CREANCIER : Association France Spondyloarthrites

IDENTIFIANT DU CREANCIER : FR19ZZZ602717

ADRESSE du CREANCIER : Log N° 15, 27 Rue Aime Audubert

CODE POSTAL : 19000

VILLE : Tulle

PAYS : France

TYPE DE PAIEMENT (Cochez la case)

Paiement récurrent/répétitif : ☐

Paiement ponctuel : ☐

Fait à (*lieu*) :

Date :

Signature :

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 : (indiquez 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).

Tiers débiteur (si votre paiement concerne un accord passé entre l'Association France Spondyloarthrite et un tiers)

Exemple : vous payez la facture d'une autre personne.

NOM du tiers débiteur :

CODE identifiant du TIERS Débiteur :

NOM du tiers CREANCIER (le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers)

CODE identifiant du tiers CREANCIER :

CONTRAT CONCERNE :

NUMERO D'IDENTIFICATION DE CONTRAT :

Description du contrat

Retourner à : **Association France Spondyloarthrites**, Log N°15, 27 Rue Aime Audubert 19000 Tulle
Zone réservée à l'usage exclusif du créancier.