

ASSOCIATION FRANCE SPONDYLARTHITES

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement

1ère demande d'adhésion demande de renouvellement * - n° adhérent :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....Code postal : Ville :

Pays : * S'agit-il d'un changement d'adresse : oui non

Date de naissance : Profession :

Mail : 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

Montant des cotisations

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

Membre actif malade : à partir de 30 € dont cotisation de base (22 €) + abonnement revue (8 €)

Membre associé non malade : à partir de 20 € dont cotisation de base (12 €) + abonnement revue (8 €)

Membre bienfaiteur malade* / non malade* (*rayer la mention inutile) :
• à partir de 50€ dont cotisation de base (42 €) + abonnement (8 €)

Abonnement revue seul : 40€

Je désire seulement faire un don :

à la recherche :€ à l'association :€

Les cotisations de base donnent droit à délivrance d'un reçu fiscal déductible des impôts.

Le règlement doit être établi à l'ordre de l'Association France Spondylarthrites et envoyé à l'adresse suivante :

A.F.S – 50 BIS RUE DES ARMURIERS – 19150 LAGUENNE
☎ : 05 55 21 61 49 - Fax : 05 55 26 96 80 - Site : www.spondylarthrite.org

Date :

Signature :