



Agréé par le Ministère de la Santé n° N2016RN0107

Appt 15 – Roussolles – 27 rue Aimé Audubert – 19000 TULLE

V : 05 55 21 61 49 - Site : www.spondylarthrite.org

Bulletin d'adhésion ou de don format papier 2019 Pour le format numérique : www.spondylarthrite.org

1^{ère} demande 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 :

email. 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 à partir de 30,00 € (totalemment déductible des impôts) +5.00 € envoi par revue

Cotisation « famille » : à partir de 50,00 € (totalemment déductible des impôts). + 5.00 € envoi par revue

Indiquer

Le Nom/Prénom : conjoint(e) / concubin(e).

Membre à partir de 90,00 € (totalemment déductible des impôts). + 5.00 € envoi par revue

Je désire faire un don : à l'association :€

Montant en toutes lettres. Euros

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.

Siège social et secrétariat : Roussolles – Log n° 15 – 27 rue Aimé Audubert – 19000 TULLE - Siret : 480 318-7 379 00042

Pour commander les revues sur le site internet visitez LA BOUTIQUE

**Ou imprimez le bon de commande ci-dessous pour envoi au siège social adresse ci-dessus
MANDAT DE PRELEVEMENT DISPONIBLE EN DERNIERE PAGE**

BON DE COMMANDE

Nom

Prénom

Adresse N° Nom de rue

Ville

Code Post

Téléphone

Adresse Mail

ARTICLES

Désignation	PU	Nbr de pack	Total										
Exemple	12,00 €	1	12,00 €										
Spondy Infos	1	5,00 €											
	2	8,00 €											
	3	13,00 €											
Livre	1	5,00 €											
	2	9,00 €											
livrets	1	3,50 €											
	2	6,50 €											
	3	8,00 €											
	4	10,00 €											
Pack nouvel adhérent 2 livres+3 livrets	1	11,50 €											
Pack nouvel adhérent 2 livres+3 livrets+3spondy	1	16,50 €											
T Shirt	1	6,00 €											
Spondy infos precisez	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Fev 17</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">juin-17</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">nov-17</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">fev18</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">nov-18</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fev 17	juin-17	nov-17	fev18	nov-18				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">juin-18</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	juin-18		
Fev 17	juin-17	nov-17	fev18										
nov-18													
juin-18													
Livres précisez	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Questions</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Douleur</td> </tr> </table>	Questions	Douleur										
Questions	Douleur												
Livrets	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Epuisé</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	Epuisé	3	4	5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">HS</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	HS						
Epuisé	3	4	5										
HS													
Taille T shirt	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">S</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">M</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">L</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">XL</td> </tr> </table>	S	M	L	XL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">XXL</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	XXL						
S	M	L	XL										
XXL													

COCHEZ LES CASES RETENUES

DATE



SIGNATURE



PAIEMENT

www.spondylarthrite.org



CHEQUE (secrétariat Tulle)

CARTE BANCAIRE (site internet)

TOTAL COMMANDE



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 *
 Nom / Prénoms du débiteur
 Votre adresse *
 Numéro et nom de la rue
 Code postal Ville
 Les coordonnées de votre compte *
 Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
 *
 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** **TULLE**
 Code postal Ville
 *
 Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * *
 Lieu Date

Signature(s)

*Veillez signer ici

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.
 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