

Bulletin d'adhésion jeunes spondyfollowers 2019
Envoyer au secrétariat à l'adresse ci-dessus
Accompagnés : photocopie carte identité recto verso
justificatif de résidence même au nom des parents.

1ère 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 :

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 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)(joindre RIB et feuille 3)

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 précisez	Fev 17	juin-17	nov-17	fev18	juin-18	
	nov-18					
Livres précisez	Questions	Douleur				
Livrets	Epuisé	3	4	5	HS	
Taille T shirt	S	M	L	XL	XXL	

COCHEZ LES CASES RETENUES

DATE

TOTAL COMMANDE



SIGNATURE



PAIEMENT



CHEQUE (secrétariat Tulle)	
CARTE BANCAIRE (site internet)	

www.spondylarthrite.org

Grid of 16 empty boxes for reference number

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 débiteur 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** **TULLE**
 Code postal Ville
 * [Redacted]
 Pays

Type de paiement * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à * [Redacted] Lieu * [Redacted] [Redacted] Date [Redacted]

Signature(s) *Veillez signer ici [Redacted Signature Area]

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