

# Ensemble, allons plus loin pour soutenir les personnes atteintes d'un rhumatisme inflammatoire chronique !



Chère amie, Cher ami,

Lorsqu'on souffre d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une spondyloarthrite, d'un rhumatisme psoriasique ou d'une maladie de Sjögren, **avoir la bonne information et du soutien au bon moment fait toute la différence !**

À l'AFP<sup>ric</sup>, nous savons qu'il est important pour chaque malade :

- de pouvoir parler de ce qu'il vit avec la maladie et d'être écouté avec bienveillance ;
- d'aborder toutes les questions qu'il se pose au quotidien, sur ses traitements, la gestion de la douleur et de la fatigue, l'alimentation, ou encore les relations avec ses proches, et d'obtenir des réponses concrètes et pratiques ;
- de recevoir des conseils personnalisés sur les aides dont il peut bénéficier et d'être accompagné afin d'éviter des démarches longues et inutiles, et ainsi ne pas perdre ses droits ;
- de parler à quelqu'un qui comprend la vie avec la maladie, la douleur, les périodes de doute et d'angoisse, et qui saura apporter la parole réconfortante et le coup de pouce qui permettront de rebondir.

Nos équipes sont mobilisées toute l'année pour proposer des services et des actions qui répondent aux attentes des malades, destinés à les aider à franchir les obstacles et à prendre les décisions adaptées pour une meilleure qualité de vie, malgré la maladie.

Avec votre don, vous nous aidez à **créer ce lien fort avec tous les malades**, en nous permettant ainsi de financer toujours plus d'actions et de services d'accompagnement.

*Votre engagement à nos côtés fait notre force !  
Merci infiniment de votre soutien chronique !*



*Irène Pico-Philippe  
Présidente*

**Bénéficiez d'une réduction fiscale :** 66 % du montant de votre don est déductible de votre impôt sur le revenu. Le plafond de la déduction s'élève à 20 % de votre revenu imposable.

Votre don		Votre réduction fiscale		Coût réel de votre soutien
60 €	▶	39 €	▶	21 €
90 €	▶	59 €	▶	31 €
150 €	▶	99 €	▶	51 €

**Donnez en toute confiance :** les comptes de l'AFP<sup>ric</sup> sont certifiés chaque année par un commissaire aux comptes indépendant et sont transmis au ministère des Solidarités et de la Santé.

Je complète le bulletin au dos



**Sans la détermination des polyarthritiques, l'AFP<sup>ric</sup> n'existerait pas.  
Sans votre soutien et votre don, l'AFP<sup>ric</sup> disparaîtrait !**

## Je fais un don pour l'AFP<sup>ric</sup>

- Chèque    Prélèvement mensuel    Prélèvement trimestriel    Prélèvement annuel  
 30 €    60 €    90 €    150 €    Don libre : \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de l'AFP<sup>ric</sup> à envoyer à AFP<sup>ric</sup> – 9, rue de Nemours – 75011 Paris  
ou paiement en ligne sur notre site [www.polyarthrite.org](http://www.polyarthrite.org) ou en flashant ce QR Code :



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

- J'accepte que mes coordonnées fassent l'objet d'un traitement informatique à l'usage exclusif de l'AFP<sup>ric</sup>. L'enregistrement de ces données est nécessaire à l'AFP<sup>ric</sup> afin qu'elle puisse enregistrer mon don, m'adresser le reçu fiscal correspondant, me tenir informé(e) de l'actualité et des activités de l'association ou me joindre au sujet de mon règlement.

**Vos coordonnées ne font en aucun cas l'objet de transmission à des tiers.** L'AFP<sup>ric</sup> s'engage à respecter les conditions légales de confidentialité applicables en France et à ne pas divulguer ces informations à des tiers, hors prestataires techniques respectant la règle de confidentialité. **Vous disposez d'un droit d'accès aux informations vous concernant.** Vous pouvez également modifier ou supprimer ces informations. Pour exercer ce droit, il convient d'écrire à Sandrine Rollot – Association Française des Polyarthritiques – au Secrétariat national dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Les données personnelles des personnes inactives depuis 3 ans seront supprimées.

## MANDAT SEPA POUR LES PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

**À compléter uniquement pour les prélèvements automatiques. Joindre un RIB.**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFP<sup>ric</sup> à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFP<sup>ric</sup>.

**Important : merci de nous retourner ce mandat complété, signé et accompagné d'un RIB et de votre bulletin d'adhésion/don.**

### **Identification du créancier : FR18ZZZ002305**

Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFP<sup>ric</sup>)  
9, rue de Nemours – 75011 Paris

### **Identification du débiteur :**

Nom, Prénom / Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**Type de paiement (Prélevé le 5 du mois) :**  Mensuel    Trimestriel    Annuel

Fait à : | \_\_\_\_\_ |

Signature :

Le : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |