

Rejoignez l'AFP^{ric} pour qu'ensemble nous soyons plus forts pour combattre la maladie et faire avancer la recherche

Bulletin
AFP^{ric}
Association Française des Polyarthritiques
et des Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

- FIL 2024 -

VOUS ÊTES EN DIFFICULTÉ FINANCIÈRE ? Vous pouvez aussi devenir adhérent, grâce à la cotisation sociale à 10 €. Pour en savoir plus, contactez le **service Entr'Aide** au : **01 400 30 200**

Adhésion / Abonnement

Je choisis le montant et le mode de paiement :

- Cotisation simple : 32 €** (21 € + 11 € d'abonnement)
- Chèque Prélèvement annuel
- Cotisation de soutien : 42 €** (31 € + 11 € d'abonnement)
- Chèque Prélèvement annuel
- Prélèvement mensuel : 3,50 € par mois
- Cotisation de membre bienfaiteur : 82 €**
(71 € + 11 € d'abonnement)
- Chèque Prélèvement annuel
- Prélèvement trimestriel : 20,50 € tous les 3 mois
- Cotisation de parrainage : 182 €** (171 € + 11 € d'abonnement)
- Chèque Prélèvement annuel
- Prélèvement trimestriel : 45,50 € tous les 3 mois
- Cotisation simple sans abonnement : 21 €**
- Chèque
- Abonnement à la revue pour les non-adhérents : 22 €**
- Chèque

Quand j'adhère :

- Je reçois la revue trimestrielle PolyArthrite *infos* et la newsletter mensuelle le Fil de l'info
- Je bénéficie de l'assistance des services Entr'Aide et du service de protection juridique
- Je fais partie d'une communauté d'entraide et je suis invité(e) aux événements de l'association
- Je participe à l'élection des Administrateurs de l'AFP^{ric} et j'ai un droit de vote à l'Assemblée Générale
- Je donne du poids à l'association pour porter la parole des malades

Quand je fais un don :

- Je soutiens les actions de l'AFP^{ric}
- J'aide l'association à préserver son indépendance : près de 70 % de nos ressources proviennent de la générosité des particuliers
- Je contribue au développement de services pour les malades et leur famille

Don

- Chèque Prélèvement mensuel Prélèvement annuel
- 30 € 60 € **89 €** Don libre : _____ €

Chèque à l'ordre de l'AFP^{ric} à envoyer à AFP^{ric} – 9, rue de Nemours – 75011 Paris
ou paiement en ligne sur notre site www.polyarthrite.org

Vous recevrez un reçu fiscal du montant de votre cotisation ou don. Grâce à la réduction d'impôts, un don de 89 € ne vous coûtera en réalité que 30 €.

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^{ric}. Vos données sont nécessaires pour enregistrer votre cotisation ou votre don, vous envoyer un reçu fiscal, la revue et vous informer des activités de l'association.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFP^{ric} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte ; votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFP^{ric}.

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

Identification du créancier : FR18ZZZ002305

Association Française des Polyarthritiques et des rhumatismes inflammatoires chroniques (AFP^{ric}) : 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

Vos coordonnées de font en aucun cas l'objet de transmission à des tiers. L'AFP^{ric} 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 – AFP^{ric} – au Secrétariat national dont l'adresse est indiquée ci-dessus. Les données personnelles des personnes inactives depuis 3 ans seront supprimées.

Fait à : | _____ |

Signature :

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