

BON DE SOUTIEN

Quatre critères pour donner en confiance :

- L'AFSR a financé plus d'1,3 million d'euros dans la recherche sur le syndrome de Rett
- L'AFSR est dirigée par des familles concernées par la maladie
- L'AFSR est reconnue d'utilité publique
- L'AFSR rend ses comptes publics

MES COORDONNÉES

- Je suis père, mère ou tuteur d'une personne atteinte du syndrome de Rett, nom et prénom de cette personne :
- Je soutiens l'AFSR en amitié pour : (nom et prénom de cette personne)
- M. et Mme Mme M.
- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Code postal : Ville :
- Tél. fixe :
- Tél. portable :
- E-mail :

J'ADHÈRE

- 30€ par tacite reconduction chaque année par prélèvement automatique (compléter le mandat de prélèvement SEPA au verso)
- 30€ pour un an

JE FAIS UN DON

- Ponctuel : **50 €** **100 €** Autre montant : €
- Mensuel : **20 €** **50 €** Autre montant : €
- (compléter le mandat de prélèvement SEPA au verso)

TOTAL

€

MON PAIEMENT

- Par chèque à l'ordre de l'AFSR, accompagné de ce bulletin d'adhésion à :
AFSR – 264 rue du Champ Monette – 60600 Agnetz
- Par virement bancaire en indiquant votre nom et prénom :
IBAN : FR76 3002 7172 9600 0205 7010 112 / BIC : CMCIFRPP
(envoyer ce bulletin par mail à contact@afsr.fr)

DEVENEZ ADHÉRENTS

- Possibilité d'assister et de voter aux assemblées générales.
- Réception de nos publications.
- Parents/tuteurs : possibilité de participer aux stages, Séjour Familles, JNSR à tarif préférentiel et accès à la commission Matériel (sous certaines conditions).
- Tiers : votre adhésion est assimilée à un don, vous recevez un reçu fiscal.

Toute adhésion à l'association est soumise à validation par le Conseil d'administration.

SOYEZ DONATEUR

Vous bénéficiez d'une réduction d'impôt égale à 66 % du montant de votre don dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.

UN DON DE **50€**

VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **17€**

Vous recevrez un reçu fiscal

Mandat de prélèvement SEPA

A compléter et retourner dans l'enveloppe jointe, accompagné d'un RIB.

OUI, je souhaite que **mon adhésion soit reconduite par prélèvement automatique** le 5 janvier de chaque année.

OUI, je m'engage à soutenir les actions de l'AFSR en donnant mensuellement par prélèvement automatique :

A compter du mois de, j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever le 10 de chaque mois la somme de :

20 € **50 €** **100 €**

Autre montant : €

DÉBITEUR

M. et Mme Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Tél : E-mail :

VOS COORDONNÉES BANCAIRES

IBAN : | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| |

BIC : | |_| | |_| | |_| |

LES COORDONNÉES DE L'AFSR

Identifiant créancier SEPA : FR68 ZZZ 566 333

Association Française du Syndrome de Rett

264 rue du Champ Monette - 60600 Agnetz - France

Référence unique du mandat : ce numéro vous sera communiqué après enregistrement.

En signant ce formulaire, vous autorisez l'Association Française du Syndrome de Rett à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'association. 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.

Conformément à la Loi informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui peut s'exercer auprès de l'Association Française du Syndrome de Rett.

Date & lieu :

Signature obligatoire :