

BON DE SOUTIEN

Association Reconnue
d'Utilité Publique



DEVENEZ ADHÉRENTS

- Réception de nos publications.
- Parents/tuteurs : possibilité de participer aux stages, activités AFSR et JNSR à tarif préférentiel et accès à la commission matériel.
- Tiers : votre adhésion est assimilée à un don, vous recevrez un reçu fiscal.

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

SOUTENEZ-NOUS

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

Vous recevrez un reçu fiscal

UN DON DE **50€**

VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **17€**

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)

- Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

J'ADHÈRE

- 20€ ADHESION NON-PARENT INDIVIDUELLE**

Vous êtes un proche (famille, amis, connaissance) d'un enfant porteur du syndrome de Rett ou souhaitez simplement soutenir l'AFSR. Vous bénéficierez de l'émission d'un reçu fiscal.

- 20€ ADHESION PARENT INDIVIDUELLE**

Vous êtes un parent (père, mère ou tuteur) d'un enfant porteur du syndrome de Rett.

- 30€ ADHESION FAMILLE**

Adhésion valable pour deux parents (père, mère ou tuteur) d'un enfant porteur du syndrome de Rett. Cette adhésion ne donne droit qu'à une seule voix en Assemblée générale.

Coordonnées du second parent :

Mme M. Nom : Prénom :

Tél : E-mail :

- 50€ ADHESION PROFESSIONNEL**

Vous êtes un professionnel de santé.

- 100€ ADHESION INSTITUTION**

Vous êtes une association, un établissement de santé, un centre d'accueil spécialisé... / Nom de votre institution :

- Je choisis cette formule d'adhésion pour un an

- Je choisis cette formule d'adhésion par tacite reconduction chaque année par prélèvement automatique
↳ (compléter le mandat de prélèvement au verso)

JE FAIS UN DON

- Ponctuel : **50€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **17€**

- 100€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **34€**

- 150€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **51€**

Autre montant : €

- Mensuel : **50€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **17€**

- 100€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **34€**

- 150€** VOUS COÛTERA EN RÉALITÉ **51€**

Autre montant : €

↳ (compléter le mandat de prélèvement SEPA au verso)

MON PAIEMENT

Adhésion : € + Don : € = €

- Par carte bancaire en ligne sur <https://afsr.fr/>

MODE DE PAIEMENT
CONSEILLÉ

- Par SEPA (voir au dos)

- 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 don.adhesion@afsr.fr)

- Par chèque à l'ordre de l'AFSR, accompagné de ce bulletin d'adhésion à : **AFSR – 264 rue du Champ Monette – 60600 Agnetz**

↳ Attention, ce moyen de paiement engage des frais de traitement pour l'AFSR, merci de bien vouloir privilégier les autres moyens de paiement

Conformément à la loi Informatique et Liberté n°78-17 du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant en vous adressant à l'AFSR.

Les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins de gestion et ne feront l'objet de communications extérieures que pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.



Mandat de prélèvement SEPA

A compléter et retourner accompagné d'un RIB, par mail à l'adresse contact@afsr.fr ou par courrier à l'afsr, 264 rue du Champ Monette, 60600 AGNETZ.

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 :

50 € VOUS COÛTERA EN REALITE **17€**

100 € VOUS COÛTERA EN REALITE **34€**

150 € VOUS COÛTERA EN REALITE **51€**

Autre montant : €

DÉBITEUR

M. et Mme Mme M.

Nom:..... Prénom:.....

Adresse :

Code postal:..... Ville:..... Pays:.....

Tél:..... E-mail:.....

COORDONNEES DU COMPTE BANCAIRE DEBITEUR

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 :