

Bon d'adhésion/abonnement, les nouvelles modalités

Adhérer à l'APF, c'est d'abord adhérer à une philosophie, à des valeurs, soutenir un mouvement fort de représentation et de défense des droits des personnes et de leur famille.

Pour être encore plus forts, nous avons aussi besoin de vous! Venez nous rejoindre, adhérez ou ré-adhérez à notre association! Aujourd'hui avec l'adhésion familiale et le prélèvement automatique, il est encore plus facile d'adhérer!!!

Adhésion d'un an à l'APF

- 1 personne : 25 € (PAT 6€25)*
- 2 personnes (de la même famille): 40€
- 3 personnes (de la même famille): 45€

Adhésion + abonnement d'un an à Faire Face :

- Adhésion une personne + abonnement Faire Face : 47 € (PAT 11€75)*
- Adhésion familiale pour 2 personnes + abonnement Faire Face: 62€
- Adhésion familiale pour 3 personnes + abonnement Faire Face: 67€
- Adhésion familiale pour 4 personnes + abonnement Faire Face: 82€

Abonnement pour un an à Faire Face : 33€(PAT 8€25)*

* Pour les adhésions ou les abonnements individuels il est aujourd'hui possible de vous simplifier les démarches par le biais du règlement par **prélèvement automatique trimestriel (PAT)** au tarif indiqué entre parenthèse par simple retour de la fiche ci-dessous avec un RIB.

Pour votre prochaine adhésion/abonnement vous pouvez nous retourner cette fiche en cochant la case correspondante à votre choix et en remplissant les informations suivantes :

Mme Mlle M.

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

Je joins mon règlement

De..... € en espèces

De.....€ en chèque bancaire

gratuit pour les moins de 25 ans, date de naissance

OUI, je choisis de régler par prélèvement automatique :

tous les 3 mois :

Mon adhésion et mon abonnement à Faire Face **11,75 €**
AFAA12 + DHNA12

OU

Mon adhésion seule **6,25 €**
DHNA12

OU

Mon abonnement seul à Faire Face **8,25 €**
ARNA12

et (facultatif)

Je souhaite soutenir les missions de l'APF par un don trimestriel supplémentaire de : €

TOTAL :

J'autorise l'APF à prélever tous les 3 mois, sur mon compte la somme totale de : €

Renvoyez-nous ce coupon UNIQUEMENT si vous avez opté pour le prélèvement automatique.

Votre prénom et votre nom : _____

Votre E-mail (facultatif) :

Votre numéro d'adhérent : _____ à figure au-dessus de votre nom, sur les courriers de l'établissement et sur votre carte d'adhérent.

Renvoyez ce coupon à
APF-DD41, 1 rue Arago,
41000 Blois

N'oubliez pas de joindre à l'envoi de votre coupon votre relevé d'identité bancaire.
Ne joignez pas de chèque.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Numéro national d'émetteur : 14.25.65

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier le prélèvement correspondant au montant de mon engagement vis-à-vis de l'Association des Paralysés de France. Je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande écrite à l'établissement teneur de mon compte ou à l'Association des Paralysés de France.

Bénéficiaire : ASSOCIATION DES PARALYSÉS DE FRANCE - 17, BOULEVARD AUGUSTE BLANQUI - 75013 PARIS

Titulaire du compte à débiter

Mme Mlle Mr.
N°..... Rue
Code postal _____ Ville.....

Établissement teneur du compte à débiter

Nom
Adresse
Code postal _____
Ville

Compte à débiter

Code établissement Code guichet N° Compte Clé R.I.B.

Date : /..... /.....

Signature :

Important Merci de joindre à cette autorisation de prélèvement un R.I.B., R.I.P. ou R.I.C.E. que vous trouverez dans votre chéquier.