**BULLETIN DE SOUCRIPTION AFA A REMPLIR ET A RETOURNER A EURODITAS**

## Ce contrat d'assurance est réservé aux adhérents de l'AFA

(En cas de souscription en couple, au moins un membre doit être adhérent à l'AFA)
Merci de cocher la case correspondante :

❑ **Je suis à jour de ma cotisation à l'AFA,** je note ci-après mon numéro de membre :_____
❑ **Je ne suis pas encore membre de l'AFA**, j'adhère en mettant en place un prélèvement annuel de **30 euros pour accéder à ses services**.

**A noter : cette adhésion ne sera effective que si vous souscrivez le contrat d'assurance**

Nom, Prénom : _____
Email : _____
Date de naissance : _____ Profession : _____

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'**afa** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'**afa** Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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 pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat (votre numéro d'adhérent) : ..... Identifiant créancier SEPA : **FR68ZZZ548194**
Débiteur : ..... Créancier : **Association François Aupetit**
Votre Nom : ..... Nom : **afa**
Votre Adresse : ..... Adresse : **32 rue de Cambrai**
.....
Code postal : ..... Ville : Code postal : **75019** Ville : **PARIS**
Pays : ..... Pays : **France**

IBAN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Paiement : ☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel
A : ..... Le : |_|_|_|_|_|_|_|_| Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. **Veuillez compléter tous les champs du mandat.**

MON VERSEMENT EST DE : ..... (prélevé le 5 du mois)
Un reçu fiscal annuel vous sera envoyé en fin d'année ou en téléchargement sur le site de l'afa.

**Mon don sera affecté** : ❑ A la recherche ❑ Aux actions de terrain pour les malades et leurs proches ❑ En fonction des besoins

Nouvelle adresse et date si déménagement

**Cadre réservé**
Date de début :
Date de fin :

Informations nominatives : Les informations recueillies par l'AFA relatives à l'adhérent et à l'abonné bénéficient de la protection de la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978. Elles pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès, de rectification ou d'opposition par courrier auprès de l' AFA 32 rue de Cambrai 75019 PARIS - dans les conditions prévues par la délibération CNIL n°80-10 du 1er avril 1980. Par ailleurs, l'AFA se réserve le droit d'utiliser et/ou de communiquer les informations concernant l'adhérent à des instituts de sondage, d'étude de marché et/ou à des personnes physiques ou morales, sociétés, ou associations partenaires dans le cadre d'opérations. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case jointe. ☐