

**Bulletin d'adhésion ou de don**  
(A retourner à l'adresse ci-dessus)

1ère demande       Demande de renouvellement      N° adhérent : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse (changement  oui  non) : .....

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

Date de naissance : ..... Profession : .....

Email : .....

☎ Fixe : ..... (Liste rouge :  oui  non) ☎ Portable : .....

J'autorise l'AFS à donner mes coordonnées à mon délégué AFS :  oui  non      -      Newsletter AFS :  oui  non

**Montant des cotisations**

Je soussigné(e) .....demande à adhérer à l'AFS en tant que :

Membre malade : à partir de 30 € (dont 12 € pour la revue, non déductible des impôts).

Membre non malade : à partir de 30 € (dont 12 € pour la revue, non déductible des impôts).

Membre malade cotisation « famille » : à partir de 50 € (déductible des impôts revue comprise). Indiquer le

Nom /prénom :  conjoint(e)\* /  concubin(e)\* : .....

Membre bienfaiteur :  malade /  non malade : à partir de 90 € (déductible des impôts revue comprise).

Je désire faire un don :  à l'AFS : .....€       à la recherche : ..... €

Montant en toutes lettres : ..... euros

Je désire payer par :

**Prélèvement automatique** (en cochant cette case, j'autorise l'AFS à prélever ma cotisation

et/ou mon don selon mon choix de paiement :  en 1 fois       mensuellement       trimestriellement

Veillez remplir et signer l'autorisation au dos en y joignant vos codes IBAN et BIC.

**Chèque bancaire** (établi à l'ordre de l'Association France Spondyloarthrites)

Date : .....

Signature :

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 78, relative à l'informatique, aux fichiers, et aux libertés, le recueil de ces informations nominatives et son traitement informatisé à des fins de "gestion des membres d'une Association" ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la C.N.I.L. Le droit d'accès et de rectification tel que prévu par la loi s'exerce à tout moment auprès des responsables de l'Association, seuls détenteurs de ces informations.