** FORMULAIRE D’ADHESION A TELECHARGER**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Rejoignez-nous, adhérez à l’Association*

***Plus nous aurons de voix plus nous pourrons mener le combat contre la maladie.***

1. **JE DEVIENS MEMBRE DE L’AFCA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Particulier |  | Entreprise |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Première adhésion |  | Renouvellement adhésion Pour l’année 20 \_ \_ |
|  |  |  |  | N° Membre (facultatif) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **MA FORMULE (Statuts et Avantages)**  **Oui**, je veux devenir membre de l’Association Française Contre l’Amylose | | | | |
|  |  | **Membre adhérent – cotisation 1 euro/an** | | |
| Cette formule vous donne un accès libre aux services collectifs de l’Association. | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Contribution (facultatif) - 15 euros /an\* (En complément à la cotisation de 1 euro)** | | |
| En plus des services collectifs, vous bénéficiez d’un accès libre aux services individualisés de l’Association.  Pour en savoir plus sur les services offerts par l’Association, connectez vous sur le site [www.amylose.asso.fr](http://www.amylose.asso.fr) ou appelez nous : 04.91.81.17.16 | | | | |
|  | | | | |

1. **JE SOUHAITE EGALEMENT FAIRE UN DON**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **JE FAIS UN DON PONCTUEL** | | | | | |
| **Oui**, je veux soutenir l’Association Française Contre L’Amylose et je joins un chèque du montant suivant : | | | | | | | |
|  |  |  | **Don** | | **Dépense réelle** \* | | |
|  |  |  |  | 15 € | 5,10 € | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | 30 € | 10,20€ | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | 50 € | 17 € | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | 100 € | 34 € | | |
|  |  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  | Versement libre ……….. € | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **JE FAIS UN DON REGULIER** | | | | | |
| **Oui**, je veux soutenir l’Association Française Contre L’Amylose par un prélèvement mensuel. Je souhaite que l’Association prenne contact avec moi pour mettre en place ce prélèvement avec ma banque. | | | | | | | |

**SI VOUS ÊTES IMPOSABLE, VOS DONS SONT DEDUCTIBLES DE VOS IMPÔTS \*.**

Particulier : vous bénéficiez d’une déduction fiscale de 66% dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

Entreprise, vous bénéficiez d’une déduction fiscale de 60% dans la limite de 0,5% du chiffre d’affaires hors taxes de l’entreprise donatrice.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Je souhaite recevoir mon reçu fiscal |  | Par courrier |  | Par mail |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3- JE REMPLIS MES COORDONNEES**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | |  |  | Madame\* |  |  | Monsieur\* |  |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | Prénom\* | | |  | NOM\* | |  | Agissant pour la Société : | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | E-mail\* | | | | | |  | Adresse \* | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Téléphone fixe | | | | | |  | Code Postal \* |  | Ville \* | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Téléphone mobile \* | | | | | |  | *Les champs suivis d’un \* sont obligatoires*  *Merci d’écrire lisiblement* | | | | |  | | | | | | | | | | |   **4- J’ENVOIE A L’AFCA MON ADHESION/DON PAR COURRIER** |

* Je complète et retourne ce formulaire signé et daté
* Accompagné, si j’ai opté pour cotiser et pour faire un don, de mon chèque du montant total (cotisation + éventuellement contribution et/ou don) à l’ordre de « l’Association Française Contre l’Amylose »

**ASSOCIATION FRANCAISE CONTRE L’AMYLOSE**

**66, rue Saint Jacques - 13006 Marseille**

Dès réception de votre adhésion vous recevrez par courrier votre carte de membre

*J’accepte le traitement de mes données personnelles comme indiqué ci-dessous :*

*Les données personnelles recueillies à partir de ce formulaire font l’objet d’un traitement informatisé par l’AFCA. Elles peuvent être destinées à l’enregistrement de votre don, à l’envoi d’un reçu fiscal (pour les donateurs) ainsi qu’à l’envoi de sollicitations d’appel à votre générosité et d’informations.*

*Elles sont conservées pendant la durée strictement nécessaires à la réalisation des finalités précitées.*

*Conformément au Règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016) et à la loi « informatique et libertés », vous pouvez vous opposer à l’utilisation de vos données et bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification, de limitation, de portabilité ou d’effacement, en contactant :*

[*laurence.ronda@amylose.asso.fr*](mailto:laurence.ronda@amylose.asso.fr)*,*

*ou à cette adresse : Association Française Contre l’Amylose - 66 rue Saint Jacques - 13006 MARSEILLE.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL*

**CONTACT**

**Notre équipe est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions. N'hésitez pas à nous contacter au**04.91.81.17.16

**VOUS POUVEZ AUSSI FAIRE UN DON SECURISE**

**ET ADHERER A l’AFCA EN LIGNE**

**www.amylose.asso.fr**

**Date et signature**