



## Formulaire d'adhésion à l'AFM-Téléthon pour l'année 2018

Numéro adhérent ou abonné à VLM : \_\_\_\_\_

Civilité :  Madame  Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Complément d'adresse : .....

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone : .....

**Votre mail permet de communiquer avec vous sans frais pour l'association**



Merci de bien vouloir nous préciser si vous êtes :

Malade neuromusculaire  Famille de malade neuromusculaire (parent, conjoint, grand-parent, frère, sœur,...)

Concerné par une autre maladie  Autre (bénévole, salarié AFM-Téléthon, proche de la cause...)  Ne souhaite pas répondre

### ADHESION

Je souhaite être membre adhérent pour l'année 2018 et régler ma cotisation soit : **15 €**

Je souhaite être membre bienfaiteur pour l'année 2018 et régler ma cotisation soit : **45 €**

Je profite de l'offre d'abonnement préférentielle pour les adhérents à VLM **+10 €**  
(4 numéros à 10 € au lieu de 15 €)

Si vous êtes imposable, votre cotisation est déductible des impôts à hauteur de 66% (dans la limite de 20% de vos revenus imposables, sous le régime fiscal français uniquement)

• pour une cotisation de membre adhérent à 15€, votre réduction d'impôt sera de 10€, soit une dépense réelle pour vous de 5 € seulement

• pour une cotisation de membre bienfaiteur à 45€, votre réduction d'impôt sera de 30€, soit une dépense réelle pour vous de 15 € seulement

### ABONNEMENT VLM

Je souhaite **uniquement** m'abonner pour un an à VLM, soit : **15 €**



Je joins un chèque bancaire (à l'ordre de l'AFM-Téléthon) d'un montant de ..... €

Ou

Je choisis le prélèvement automatique (**plus économique pour l'association**) et retourne l'autorisation au verso dûment remplie et signée, accompagnée de mon relevé d'identité bancaire (RIB-IBAN)

**Je suis nouvel adhérent,  
je remplis le  
«formulaire parrainage»  
au verso.**

Fait à ..... le ...../...../2018  
Signature obligatoire et, pour les mineurs, signature des parents

Formulaire(s) et chèque sont à retourner à :  
**AFM-Téléthon - Pôle Accueil Familles - Adhésion - BP 59 -91002 Evry Cedex**

# FORMULAIRE DE PARRAINAGE A REMPLIR PAR LES NOUVEAUX ADHERENTS

Si vous avez déjà fait acte d'adhésion à l'AFM-Téléthon (quelle que soit l'année), cette mesure ne vous concerne pas.  
Avant d'être agréé par le conseil d'administration, tout nouvel adhérent doit être parrainé par  
2 membres adhérents (art.3 des statuts de l'AFM-Téléthon).

Nom et prénom de l'adhérent à parrainer : .....

**Je connais 2 adhérents de l'AFM-Téléthon,**  
je leur demande de compléter les informations demandées et de signer.

## Parrain n°1 :

Numéro adhérent

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :  Ville : .....

Signature :

## • Parrain n°2 :

• Numéro adhérent

• Nom et prénom : .....

• Adresse : .....

• Code Postal :  Ville : .....

• Signature :

**Je ne connais pas 2 adhérents** de l'AFM-Téléthon qui pourraient me parrainer,

j'accepte d'être contacté par l'AFM-Téléthon au n° de téléphone(s) : .....

Je retourne mon bulletin avec mon chèque sans remplir la partie « parrains ».

**Pour régler ma cotisation je choisis le prélèvement automatique (plus économique pour l'association)**

et retourne l'autorisation dûment remplie et signée, accompagnée de mon relevé d'identité bancaire (RIB-IBAN)

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT ANNUEL pour ADHÉSION à l'AFM-Téléthon et/ou abonnement VLM



**OUI**, je règle par prélèvement annuel  
mon adhésion à l'AFM-Téléthon et/ou mon abonnement à VLM.

Référence Unique du Mandat  
(Cadre réservé à l'AFM-Téléthon)

Association Française contre les Myopathies  
1 Rue de l'Internationale, BP 59  
91002 Evry Cedex  
N° ICS : FR89ZZZ135372

### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA RECURRENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° et Rue : \_\_\_\_\_

Code postal :  Ville : \_\_\_\_\_

N° de compte IBAN :  
  
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

Code BIC :   
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature  
(Obligatoire)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFM-Téléthon à envoyer des instructions à votre banque pour percevoir le règlement de votre adhésion et/ou abonnement annuel(s), et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions.  
Le 1<sup>er</sup> prélèvement est effectué le 25 du mois entre janvier et avril, selon la date de réception de ce mandat. Tout mandat reçu après le 10 avril active le prélèvement pour l'année suivante.  
A compter de la deuxième année, le prélèvement est effectué le 25 janvier.  
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 pour un prélèvement autorisé.

➔ **Merci de nous renvoyer ce coupon complété et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)**