L'AFM-TÉLÉTHON

c'est:



UN ENGAGEMENT

dans la recherche scientifique, médicale et thérapeutique



UNE VOLONTÉ

de guérison des maladies neuromusculaires



⊻ UN RÔLE MOTEUR

dans la lutte au bénéfice des personnes atteintes de maladies rares



UNE AIDE

apportée aux personnes concernées par une maladie neuromusculaire et leurs familles



UN COMBAT

en faveur de la reconnaissance des droits des personnes malades et en situation de handicap



UNE RIGUEUR

ET UNE TRANSPARENCE

dans la gestion financière et la gestion de ses actions

VOUS & L'AFM-Téléthon

c'est:



ADHÉRER

Pour porter les valeurs et soutenir les actions de l'AFM-Téléthon

- → ADHÉRENT MOINS DE 25 ANS : 3 €/l'année
- → ADHÉRENT : 15 €/l'année
- →BIENFAITEUR: 45 €/l'année

Adhésion valable pour une année civile

S'ABONNER

Pour recevoir 4 fois par an toute l'actualité de l'association (recherche, santé, social...)

- **→ABONNEMENT SEUL: 15 €**
- → ABONNEMENT ADHÉRENT: 10 €

Abonnement valable 1 an, soit 4 numéros



RENOUVELLEMENT MERCI de D'ADHÉSION

MERCI de votre fidélité et de votre soutien!

Veuillez nous retourner le bulletin ci-contre dûment complété accompagné de votre règlement si vous payez par chèque.

NOUVEAUX ADHÉRENTS

Tout nouvel adhérent doit être parrainé par deux membres adhérents (art. 3 des statuts de l'AFM-Téléthon)

Nom/Prénom: Adresse: N°Adhérent: Signature:
Signature:
oignature.
ui vous a sollicité pour adhérer :
:
n :

BULLETIN D'ADHÉSION & ABONNEMENT 2023

Je choisis l'une des 8 options suivantes:

ADHESION ET ABONNEMENT	
J'ai moins de 25 ans, je souhaite être m préférentiel de 3 euros (renseignez votre pour l'année 2023 et profiter de l'offre d' (4 numéros, 1 an: 10 euros au lieu de 15 euros	date de naissance ci-après) abonnement préférentielle à VLM
2 Je souhaite être membre adhérent à l'A (cotisation 15 euros) et profiter de l'offre d' (4 numéros, 1 an : 10 euros au lieu de 15 euros	abonnement préférentielle à VLM
Je souhaite être membre bienfaiteur po (cotisation membre bienfaiteur 45 euros) et préférentielle à VLM (4 numéros, 1 an: 10 eu	profiter de l'offre d'abonnement
ADHÉSION SEULE (JE NE SOUHAITE PA	S M'ABONNER À VLM)
 J'ai moins de 25 ans, je souhaite être mau tarif préférentiel de 3 euros (renseignez Je souhaite être membre adhérent pour de félorement pour le félorement po	votre date de naissance ci-après) 3
det régler ma cotisation, soit det régler ma cotisation, soit et régler ma cotisation, soit	our l'année 2023
B Je souhaite faire un don à l'AFM-Télétho Je règle un montant de (par chèque ou pré	
Attention, ce bulletin est nominatif (une adl	
Votre n° d'adhérent (pour un renouvellement M. MME. Nom/Prénom: N° et rue:	Je suis: ☐ Malade neuromusculaire ☐ Famille de malade neuromusculaire ☐ Concerné par une autre maladie
Code postal:	Autre (bénévole, salarié AFM-Téléthon)Ne souhaite pas répondre
Ville: E-mail:	Date et signature :
Téléphone: Date de naissance (obligatoire pour bénéficier du tarif adhésion moins de 25 ans)://	
Je souhaite recevoir par e-mail les communicati à l'AFM-Téléthon et la Lettre des adhérents	ions liées à mon adhésion
J'autorise l'AFM-Téléthon à utiliser mon adresse	e-mail dans le cadre de mon abonnement VLM

Votre règlement

PAIEMENT PAR CHÈQUE

Chèque bancaire à l'ordre de l'AFM-Téléthon

Formulaire et règlement à retourner à :

AFM-Téléthon – Service adhésion BP 59 – 91002 Evry-Courcouronnes Cedex



PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Plus économique pour l'Association

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-Courcouronnes Cedex N° ICS : FR89ZZZ135372S

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 1er 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. À 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.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA RÉCURRENT

N° de compte IBAN:

INumero 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)

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

Vos données sont traitées par l'AFM-Téléthon afin de gérer notre relation avec vous, en votre qualité d'adhérent/abonné. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation au traitement, du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en formulant votre demande par e-mail à l'adresse dpo@afm-telethon.fr, par courrier postal à l'adresse : Délégué à la protection des données. AFM Téléthon – I, rue de l'internationale - 91002 Évry.

Une question sur l'adhesion?



