



AFAEDAM

Association Familiale pour l'Aide
aux Enfants et adultes Déficients de
l'Agglomération Messine

BULLETIN D'ADHESION

Prénom – NOM

Adresse :

CP – Ville :

Adresse mail :

Adhère à l'**AFAEDAM** pour l'année

L'adhésion est valable pour une année (du 1^{er} janvier au 31 décembre), la totalité de la cotisation doit être acquittée au 31/12 de l'année en cours.

Montant de la cotisation : 65 €* - Conditions de règlement :

Par chèque à l'ordre de l'AFAEDAM Vie Associative

Par virement bancaire (voir RIB au verso)

Par prélèvement automatique* (35 € à l'adhésion puis 2 x 15€ les mois suivants)

Pour un règlement par prélèvement automatique, nous vous remercions de nous retourner le mandat de prélèvement au verso de ce bulletin complété et de joindre votre RIB.

Un reçu fiscal sera émis, générant une déductibilité des impôts de 66% de la somme versée.

Lien éventuel avec des personnes accueillies dans nos établissements et services :

Prénom – NOM :

.....

Etablissement d'accueil / Service :

.....

Fait le :

Signature :

En adhérant à l'AFAEDAM vous devenez également membre  **Unapei**

Utilisation des données personnelles :

Depuis le 25 mai 2018, le nouveau Règlement Général de Protection des Données (RGPD – UE 2016 / 679) s'applique à l'ensemble du territoire européen. L'association AFAEDAM mesure l'importance de respecter les données que vous nous confiez.

En tant que responsable de traitement, l'AFAEDAM traite les données à caractère personnel collectées dans le cadre de ce bulletin d'adhésion. La politique de protection des données vise à encadrer les traitements de données à caractère personnel réalisés par l'association et vous informer quant aux engagements et aux mesures pris par l'AFAEDAM pour la protection de vos données.



AFAEDAM

Association Familiale pour l'Aide
aux Enfants et adultes Déficiants de
l'Agglomération Messine

MANDAT de Prélèvements SEPA B2C

RUM : ADHESION [REDACTED]

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez VIE_ASSOCIATIVE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de VIE_ASSOCIATIVE.

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 prélèvements autorisé.

Le débiteur

Votre nom :

Votre adresse :

FRANCE

Les coordonnées de votre
compte :

Le créancier

Nom du créancier : VIE_ASSOCIATIVE

ICS : FR29ZZZ515140

Adresse : 101 BOULEVARD SOLIDARITE

57070 METZ

Type de paiement : Récurrent

Signé à : _____

Date : _____

Signature(s) :

RIB ASSOCIATION POUR REGLEMENT PAR VIREMENT

Crédit Mutuel

Relevé d'identité bancaire-IBAN

CCM MONTIGNY CENTRE
Tél 08-20-00-02-42
14 RUE DES MARTYRS
57950 MONTIGNY LES METZ
Identifiant national de compte bancaire - RIB

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements, etc...)
This statement is intended to be delivered, to those of your creditors or debtors who have transactions posted to account (credit, transfers, payments, etc.....)

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
10278	05013	00018805240	10	CCM MONTIGNY CENTRE

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account number)	BIC (Bank Identification Code)
FR76 1027 8050 1300 0188 0524 010	CMCIFR2A

TITULAIRE DU COMPTE ▶ AFAEDAM VIE ASSOCIATIVE
ACCOUNT OWNER