



BULLETIN DE SOUTIEN A L'ASSOCIATION NEURO MAV FRANCE

A envoyer complété et signé à Neuro MAV France -115 rue Saint-Dominique - 75007 PARIS

J'adhère aux valeurs portées par Neuro MAV France et j'effectue un règlement de € qui comprend :

- ADHÉSION : 20 €**
Je deviens membre de l'association
- ADHÉSION : 10 €** (bénéficiaires AAH, étudiants, demandeurs d'emploi et moins de 18 ans) Je deviens membre de l'association
- DON de €**

Je peux aussi choisir de soutenir Neuro MAV France en toute confiance sur www.neuro-mav-france.org/adhesion

RAPPEL

L'adhésion s'entend par année civile. Il est obligatoire d'être à jour de sa cotisation pour bénéficier des avantages de Neuro MAV France.

LES **DONS ET COTISATIONS** ouvrant droit à une **réduction d'impôt de 66 %** de leur valeur, dans la limite de 20 % de mon revenu net imposable (au-delà report sur les 5 années suivantes), **je recevrai un reçu fiscal.**

En devenant adhérent, vous soutenez la vie de l'association qui aide les patients avec une MAV et leurs proches. De plus, cela vous permet de prendre part activement à la vie de l'association, dans ses actions actuelles et futures, avec par exemple, la possibilité de voter aux Assemblées Générales. Vous pourrez également participer à toutes les activités organisées et/ou proposées par Neuro MAV France.



BULLETIN DE DON REGULIER PAR PRELEVEMENT MENSUEL

A envoyer complété et signé à Neuro MAV France -115 rue Saint-Dominique - 75007 PARIS

Identifiant créancier SEPA :
FR38ZZZ8642C3

Je choisis de soutenir durablement l'Association Neuro MAV France et je l'autorise à effectuer un prélèvement manuel sur mon compte bancaire, d'un montant de :

- 5 €
- 10 €
- 30 €
- Autre montant : €

Ces instructions sont valables jusqu'à nouvel ordre de ma part. Le premier prélèvement interviendra dans la mesure du possible au début du mois suivant la réception de ce formulaire. Je suis libre à tout moment de modifier ou d'arrêter ce prélèvement en adressant un email à tresorier@neuro-mav-france.org. A la fin de chaque année civile, je recevrai à mon domicile un justificatif fiscal pour les dons prélevés.

Mes coordonnées postales

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Portable

Courriel

Mes coordonnées bancaires

Nom de ma banque :

Adresse

IBAN
IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

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

Je n'oublie pas de joindre mon RIB

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Date : __ / __ / ____
Mention manuscrite «Lu et approuvé»

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités du traitement de votre adhésion / don et de votre reçu fiscal. Conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et les articles 26 et 27 de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez exercer un droit de modification, de rectification ou de suppression des informations vous concernant par courrier électronique envoyé à l'adresse suivante : secretariat@neuro-mav-france.org ou par courrier postal à : Neuro MAV France - 115 rue Saint-Dominique - 75007 PARIS.

Signature :

Je ne souhaite pas recevoir d'information de Neuro MAV France