BULLETIN D'ADHÉSION 2022

à retourner à ASPAS - BP 505 - 26401 CREST Cedex

+ PRATIQUE
Faites votre adhésion en ligne
aspas-nature.org/adhesion

* Mentions obligatoires

NOM* : ..... PRÉNOM* : .....

ADRESSE* : .....

CODE POSTAL* : |_|_|_|_|_| VILLE* : .....

TÉLÉPHONE : ..... COURRIEL : .....

J'adhère* à l'ASPAS pour 2022 (adhésion valable jusqu'au 31/12/2022)

❑ **30 €** ❑ **50 €** ❑ **80 €** ❑ **150 €** ❑ **montant libre : ..... €** .....€

OU ❑ J'opte pour le prélèvement automatique (voir ci-dessous)

Je souhaite recevoir le magazine *Goupil* en version ❑ papier ❑ électronique

Je fais un don* pour créer des parts de vie sauvage (1 part = 200 m² de nature protégée = 30 €) ..... x 30 € = ...€

Je fais un don libre* .....€

MONTANT TOTAL (chèque à l'ordre de l'ASPAS) .....€

* **66 % de vos dons sont déductibles de vos revenus imposables** (dans la limite de 20 %).
Un reçu fiscal vous sera envoyé au mois de mars de l'année suivant le don.

Fait à : ……..…… le : ……./……./20…… Signature obligatoire :

Je choisis le prélèvement automatique pour soutenir l'ASPAS de façon mensuelle en lui donnant les moyens d'assurer la planification et la pérennité de ses actions.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE MENSUEL

à retourner à ASPAS - BP 505 - 26401 CREST Cedex, daté, signé et accompagné de votre RIB

J'adhère avec un soutien mensuel* de : ❑ **5 €** ❑ **10 €** ❑ **20 €** ❑ **30 €** ❑ **montant libre : ..... €**

Je fais un don mensuel* dédié aux RVS de : ❑ **5 €** ❑ **10 €** ❑ **20 €** ❑ **30 €** ❑ **montant libre : ..... €**

*Ce montant sera prélevé chaque 10 du mois. À tout moment et sans frais, il peut être modifié ou arrêté en contactant l'ASPAS.

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Cadre réservé à l'ASPAS (ne rien inscrire)

Date de 1er prélèvement :

Référence Unique de Mandat :

CRÉANCIER : **ASPAS**
BP 505 - 26401 CREST CEDEX

Identifiant créancier SEPA :
FR31ZZ476013

COMPTE À DÉBITER :

IBAN |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC |_____|

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASPAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASPAS.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.
Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son donateur. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fait à : ……..…… le : ……./……./20…… Signature et **RIB** obligatoires :