

PARRAINER NOTRE ASSOCIATION

Nom : Prénom :
Profession :
Adresse :
Code postal : Commune :
Tél. : E-mail :

Je souhaite devenir membre de l'association ou je renouvelle mon adhésion,

Je verse ma cotisation annuelle de 50 €

Et /Ou

Je souhaite parrainer les actions d'AMD par un versement régulier.

J'opte pour un soutien global

Ma préférence va au programme [Merci de préciser] :

Le montant de mon prélèvement mensuel sera de :

En cas de litige sur un prélèvement ou pour toute autre raison, je pourrai faire suspendre **immédiatement** l'exécution de celui-ci par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

J'informerai alors Aide Médicale et Développement et en cas de différend je le réglerai directement avec elle.

Fait à :

Le :

Signature indispensable :

Merci de renvoyer le présent bon de soutien accompagné d'un RIB ou RIP

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Aide Médicale et Développement

Numéro national d'émetteur : 516 348

Je soussigné(e) : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

Autorise AMD à prélever chaque mois sur mon compte la somme de€

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Etablissement :

Agence :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Compte à débiter :

Etablissement :

Code guichet :

N° de compte :

Clé RIB :

**Merci d'imprimer et de renvoyer le présent bon de soutien à
Aide Médicale et Développement, 5 rue Federico Garcia Lorca 38100 Grenoble (France)**

AMD est reconnue d'Utilité Publique

Je recevrai en retour un justificatif de déduction fiscale permettant de déduire de mes impôts 75% des dons et adhésions dans la limite légale [521 €] et 66% au delà.

Les informations recueillies sont nécessaires pour le traitement des dons. La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 vous permet d'exercer vos droits d'accès aux données vous concernant. Aide Médicale et Développement s'engage à ne pas utiliser ces informations en dehors de ses relations avec vous.