

BULLETIN D'ADHESION 2026

☐ OUI, j'adhère à l'AFD Occitanie pour l'année 2026.

N° d'adhérent : _____

☐ Adhésion annuelle 30 €

☐ Cotisation à tarif réduit 12 €

(Proche aidant, demandeur d'emploi, titulaire de minima sociaux, personne non imposable, étudiant, service civique)

Le montant de la cotisation annuelle, fixé en Assemblée Générale du 01 avril 2023, est valable du 1^{er} janvier au 31 décembre 2026. Elle est donc valable durant année civile.

☐ Je souhaite compléter mon adhésion par un don d'un montant de : ☐ Montant :€

Je souhaite affecter mon don comme suit :

☐ Don pour la recherche ☐ Don pour l'association locale.

Toute adhésion ou don ouvre droit à une réduction fiscale de 66% de son montant.

☐ Je souhaite m'abonner au magazine Equilibre au tarif préférentiel de 22€ ☐ Montant :€

TOTAL : €

MES COORDONNÉES

Merci de compléter en lettres capitales

☐ Mme ☐ M. Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Courriel : _____ @ _____

☐ J'accepte de recevoir des informations de l'AFD Occitanie par email.

Date et Signature : _____

MODE DE REGLEMENT

☐ Par Chèque bancaire

☐ Par prélèvement automatique ; par ce moyen de paiement, l'adhésion est reconduite automatiquement.

L'arrêt du prélèvement automatique se fait sur simple demande écrite.

Le prélèvement interviendra le mois suivant la réception de l'adhésion.

☐ Par CB (<https://www.helloasso.com/associations/afd-occitanie/adhesions/adhesions-afd-occitanie-2026>)



MANDAT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

AFD OCCITANIE – 176 avenue Jean Rieux 31500 TOULOUSE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Association Française des Diabétiques Occitanie à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de L'Association Française des Diabétiques Occitanie .

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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Vos coordonnées :

☐ Mme ☐ M. Prénom :

Nom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Coordonnées bancaires :

Nom de la banque :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

IBAN :

BIC :

Type de Paiement : Paiement annuel unique

Fait le :

A :

Signature :

Merci de joindre votre RIB

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 client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'oppositions, 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.