ADHÉSION / ABONNEMENT 2017

Nom :..... **Prénom** : .....

Adresse : N° ..... rue / avenue / boulevard .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : ..... Courriel : .....

Profession (dernière prof. exercée pour les retraités) :..... Année de naissance : .....

Tarif de l'adhésion :

Important : Cocher ci-dessous le tarif choisi

Pour l'adhésion de soutien, indiquez la somme que vous souhaitez verser

- **Adhésion/abonnement : 60 € *** (France et étranger)(ouvrant droit à déduction fiscale)
- **Adhésion/abonnement de soutien : 100€ et plus*** (ouvrant droit à déduction fiscale)
- Adhésion/abonnement personnes non imposables (sur justificatif) : 35 €
- Adhésion sans service de la revue : 30 € *
- Adhésion sans service de la revue, personne non imposable (sur justificatif): 10 €
- **Abonnement seul** : bibliothèques, associations : 60 € ; particulier en France 30 € ; particulier à l'étranger 40 €

L'adhésion/abonnement permet de recevoir les 3 numéros de l'année de *La Faute à Rousseau* ainsi que le supplément *Garde-Mémoire* annuel.

*** Important** : l'APA étant association reconnue d'intérêt général vous bénéficiez d'une déduction d'impôt équivalant **à 66% de votre cotisation** (hors part correspondant au service de la revue). A réception de votre règlement, l'APA vous adressera un reçu fiscal à joindre à votre déclaration de revenus.

Bulletin et paiement à adresser à APA, 19 rue René Panhard, F-01500, Ambérieu-en-Bugey

Mode de paiement

- ☐ Paiement par chèque
- ☐ Paiement par virement (IBAN: FR76 10278 07333 00020321101 04 BIC: CMCIFR2A)
- ☐ Paiement par prélèvement automatique

Ce prélèvement sera récurrent et renouvelé tous les ans en janvier. Naturellement vous pourrez à tout moment le suspendre ou le modifier. Remplissez la grille ci-dessous, **joignez obligatoirement un relevé d'identité bancaire (BIC/IBAN)** et n'oubliez pas de cocher votre choix de tarif.

Mandat de prélèvement SEPA (Si vous choisissez le prélèvement automatique)

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

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Référence unique du mandat : sera remplie par l'APA _____ Identifiant créancier SEPA : _____

Débiteur :

Votre Nom* _____ **Prénom*** _____

Votre Adresse* _____

Code postal* _____ **Ville*** _____

Pays* _____

Créancier :

Nom : Association pour l'autobiographie
et le patrimoine autobiographique (APA)

Adresse : 10 rue Amédée Bonnet

Code postal : F-01500 Ville : Ambérieu-en-Bugey

Pays : France

Les coordonnées de votre compte*

IBAN

BIC

Paiement : Récurrent annuel

Signé à (lieu)* : . . . . . Le (date)* : . . / . . / . . . .

Signature obligatoire:

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

***Veuillez compléter tous les champs du mandat.**