

## LE SAVIEZ-VOUS ?

Cette année, vous pouvez compléter votre cotisation Adhérent ou Bienfaiteur par une **contribution Solidarité** d'un montant libre de 10€, 20€, 30€ ou plus à votre convenance. **Vous bénéficierez pour cette contribution d'une réduction d'impôt de 66%.**

Opter pour le prélèvement automatique vous permet si vous le souhaitez de **régler votre cotisation en 3 fois sans frais ou jusqu'à 10 fois sous conditions \***

**La cotisation +** s'ajoute à votre cotisation pour toute intervention du service conseil et défense. Elle est gratuite pour les adhérents ayant 10 ans d'ancienneté.

M. -  Mme

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Adresse\* : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville\* : .....

Tél. (et/ou) Port.\* : .....

Courriel\* : .....@ .....

J'autorise la FNATH, association des accidentés de la vie à utiliser mon adresse e-mail afin de me communiquer des informations sur les différents rendez-vous de l'association (Assemblée Générale, grandes manifestations, Fnathservices, Tombolas, collecte...)

**Renseignements généraux\* : (à compléter par la FNATH en tenant compte des codes fichier)**

Situation familiale : Nb d'enfants : Date de naissance : / /

Profession : .....

Motif d'adhésion : .....

Organisme social : .....

**Je souhaite être informé sur :**

**FNATH Services :**

- Assistance médicalisée.  Service à la personne.  Vacances et loisirs.  
 Finance et Assurances.  Avantages divers.  Mutuelle et prévoyance.

**Le bénévolat :**

Les modalités pratiques d'un engagement à la FNATH.

\* Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association ainsi qu'au secrétariat de la Fédération. Vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles, en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent auprès de notre Délégué à la Protection des Données par mail : [dpo@fnath.com](mailto:dpo@fnath.com) ou par téléphone au 04 77 49 42 42

**OUI, je souhaite adhérer à la FNATH pour l'année 2023**

Cochez les cases utiles

- Carte Cotisation Adhérent : 61 €** (comprend l'abonnement A Part Entière de 8.70 €)  
 **Carte Cotisation Bienfaiteur : 106€** (comprend l'abonnement A Part Entière de 8.70 €)  
 **Cotisation Plus : 260 €** (cette carte ne peut être qu'en supplément de l'une des cartes ci-dessus)  
 **Contribution Solidarité** (uniquement en supplément d'une carte Adhérent ou d'une carte Bienfaiteur)

10€  20€  30€  Autre montant : ..... €

**A retourner à :**

FNATH Association des accidentés de la vie  
 47, rue des alliés – CS 63030  
 42030 Saint-Etienne – cedex 2  
 Téléphone : 04 77 49 42 42  
 Mail : communication@fnath.com

**Merci de remplir l'autorisation de prélèvement au dos.**



# MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la FNATH à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la FNATH.

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.

Veillez compléter les champs marqués \*

1	Votre Nom	*	.....	1
			Nom / Prénoms du débiteur	
2	Votre adresse	*	.....	2
			Numéro et nom de la rue	
3		*	.....	3
			Code Postal	
		*	.....	
			Ville	
4		*	.....	4
			Pays	
5	Les coordonnées de votre compte	*	.....	5
			Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	
6		*	.....	6
			Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	
7	Nom du créancier	*	FNATH Association des accidentés de la vie	7
			Nom du créancier	
8	I.C.S	*	.....	8
			Identifiant Créancier SEPA	
9		*	.....	9
			Numéro et nom de la rue	
10		*	.....	10
			Code Postal	
		*	.....	
			Ville	
11		*	France	11
			Pays	
12	Type de paiement :	*	Paiement récurrent / répétitif <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>	12
13	Signé à	*	..... 2 JJ MM AAAA	13
			Lieu Date	
	Signature(s) :	*	Veillez signer ici	

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 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.

A retourner à :  
auprès de votre groupement FNATH

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

- Je choisis l'option du prélèvement automatique en trois échéances mensuelles suivant la date d'adhésion, sans frais.
- \* Je choisis un prélèvement automatique en plus de trois échéances mensuelles. Je suis informé(e) que les frais de prélèvement sont fixés pour 2023 à 0,50€ par échéance. (Maximum 10 échéances mensuelles entre janvier et novembre 2023, le montant intégral de la cotisation doit être réglé au plus tard au 30-11-2023).

Nombre d'échéances souhaitées :

Une notification d'échéance des prélèvements 2023 me sera adressée en retour.  
Veillez obligatoirement joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).