

BULLETIN D'ADHÉSION 2026

Pour soutenir la FNATH
complétez votre
cotisation Adhérent ou
Bienfaiteur par une
contribution Solidarité.
Vous bénéficierez pour
cette contribution comme
pour la cotisation
« bienfaiteur » d'une
**réduction d'impôt de
66%**.

Optez pour le
prélèvement automatique
qui 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* :

Date de naissance* (jj/mm/aaaa) :/...../.....

Adresse* :

Code postal* : Ville* :

Tél. (et/ou) Mobile* :

Courriel* : @

Situation familiale : Nb d'enfants :

Profession :

Motif d'adhésion :

Organisme social :

☐ 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...).

Je souhaite être informé sur :

FNATH Services :

☐ Assistance médicalisée ☐ Service à la personne ☐ Vacances et loisirs
☐ Finance et Assurances. ☐ Avantages divers

Le bénévolat :

☐ Les modalités pratiques d'un engagement à la FNATH

Dons et legs

☐ Recevoir notre brochure

*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 ou par téléphone au 04 77 49 42 42.

☐ **OUI, je souhaite adhérer à la FNATH pour l'année 2026**

Cochez les cases utiles

☐ **Carte Cotisation Adhérent : 63 €** (comprend l'abonnement A Part Entière de 8,70 €)

☐ **Carte Cotisation Bienfaiteur : 114 €** (comprend l'abonnement A Part Entière de 8,70 €)

☐ **Cotisation Plus : 285 €** (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
Siège national
47 rue des alliés - CS 63030
42030 SAINT-ETIENNE Cedex 2
FRANCE

Merci de remplir l'autorisation de
prélèvement au dos.



MANDAT de Prélèvement SEPA		 ASSOCIATION DES ACCIDENTÉS DE LA VIE FNATH
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. <i>Veuillez compléter les champs marqués *</i>		
Votre Nom	* Nom / Prénoms du débiteur	1
Votre adresse	* Numéro et nom de la rue * Code Postal Ville	2 3
Les coordonnées de votre compte	* Pays	4
	* Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	5
	* Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	6
Nom du créancier	* FNATH Association des accidentés de la vie Nom du créancier	7
I.C.S	* Identifiant Créancier SEPA	8
	* Numéro et nom de la rue	9
	* Code Postal Ville	10
	* France Pays	11
	* Code Postal Ville	12
Type de paiement :	* Paiement récurrent / répétitif ☐ Paiement ponctuel ☐	12
Signé à	* 2 JJ MM AAAA Lieu Date	13
Signature(s) :	* Veuillez 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 :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	
auprès de votre groupement FNATH		
☐ 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 2026 à 0,50€ par échéance. (<i>Maximum 10 échéances mensuelles entre janvier et novembre 2026, le montant intégral de la cotisation doit être réglé au plus tard au 30-11-2026</i>). Nombre d'échéances souhaitées : Une notification d'échéance des prélèvements 2026 me sera adressée en retour. Veuillez obligatoirement joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).		