



Association Française de
Narcolepsie-Cataplexie
et d'Hypersomnie

adhésion

Valable un an à compter de la date de signature

Fiche à compléter et à retourner avec votre cotisation à :
M. Patrick JOUANDON (Trésorier adjoint)
22 Levée du Roi René
49250 SAINT MATHURIN / LOIRE

Le simple geste d'adhérer, c'est concourir à l'avenir de l'ANC

Vous recevrez le bulletin édité par l'association "Paradoxalement Vôtre"

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM.....Prénom

Date de naissance/...../..... Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Vos coordonnées

Adresse.....

Code postal Ville Pays :

.....

Téléphone : Liste rouge : oui non

E-mail : @ Site perso :

Téléphone portable : Fax :

Votre situation actuelle

étudiant salarié profession libérale retraité sans emploi

Merci de préciser votre spécialité ou le dernier métier exercé :

.....

Vous êtes

narcoleptique - cataplexique hypersomniaque

membre de la famille un proche ou ami

professionnel de la santé un sympathisant

parent d'un (ou de plusieurs) enfant(s) malade(s) :

date de naissance du 1er enfant malade :/...../..... prénom : sexe : ..

date de naissance du 2ème enfant malade :/...../..... prénom : sexe : ..

Nombre d'enfants composant la fratrie :

Pour adhérer

Merci de nous adresser un chèque libellé à l'ordre de l'ANC (CCP ROUEN N 112 186 V), ou, si vous optez pour un prélèvement automatique, de compléter le formulaire ci-joint. Montant de la cotisation :

23 € jeunes et personnes en difficulté

35 € tarif normal

25 € tarif sympathisant ou conjoint

45 € et + cotisation de soutien pour l'année

Date et Signature :



Participer à nos activités, c'est concourir à l'avenir de l'ANC

Questions subsidiaires et facultatives

1. Connaissez-vous le fonctionnement d'une association ?

Oui Non

2. Accepteriez-vous d'être consulté pour des questions relevant de vos compétences professionnelles ?

Oui Non

3. Accepteriez-vous de témoigner auprès de journalistes ?

Oui Non

4. Accepteriez-vous de répondre à d'autres questionnaires ou études ?

Oui Non

5. Nous autorisez-vous à communiquer vos coordonnées à d'autres adhérents ?

Oui Non

6. Lors des différentes manifestations de l'ANC, nous autorisez vous à vous prendre en photo et à publier ces photos ?

Oui Non

7. Avez-vous un accès à internet ?

Oui Non

8. Connaissez-vous des personnes travaillant pour les médias ?

Oui Non

Si OUI, merci de compléter :

.....

8 Par quelles activités de l'Association seriez-vous intéressé ?

- le suivi et le développement site Internet
- le Journal (rédaction, illustration, mise en page, publication)
- les permanences locales ou téléphoniques
- l'aide administrative
- le conseil d'administration
- le domaine juridique, assurances
- la participation aux conférences, forums
- les relations inter-associations
- organiser des les réunions locales
- le week-end jeunes (préparation, animation)



BULLETIN DE VERSEMENT

Nom		Prénom	
Adresse			
CP		Ville	
Tél. fixe :		Tél portable	
		Courriel :	
Né(e) le :		Profession	

Confirme son adhésion et verse :

- 23 € jeunes et personnes en difficulté
- 25 € conjoint et sympathisant
- 35 € tarif normal
- 45 € cotisation de soutien
- Autre (cotisation de soutien)

Les prélèvements devront se faire soit le 15 janvier, soit le 15 juillet de chaque année (bien indiquer sur l'imprimé « Prélèvement automatique des cotisations » l'époque du prélèvement).

Les prélèvements se feront donc automatiquement à la date demandée et du montant indiqué. Nous joindre impérativement l'ensemble du document complété et signé **accompagné d'un RIB.**



Tél : 02 51 82 45 13

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE DES COTISATIONS

Merci de retourner cet imprimé à **Patrick Jouandon – Trésorier adjoint de l'ANC – 22 Levée du Roi René – 49250 Saint Mathurin sur Loire**, en joignant un relevé d'identité bancaire ou postal.

DEMANDE DE PRELEVEMENT

Je vous prie de bien vouloir prélever sur le compte dont le numéro est indiqué ci-après, le montant de ma cotisation en faveur de l'ANC (Association française de Narcolepsie Cataplexie). La présente demande est valable jusqu'à annulation, de ma part, notifiée en temps voulu à l'ANC.

IDENTIFICATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/>

ORGANISME CREANCIER
siège social :
A.N.C.
Hôpital Gui de Chauillac
34295 Montpellier cedex5

DATE DU PRÉLÈVEMENT ANNUEL :
<input type="checkbox"/> 15 Janvier ou <input type="checkbox"/> 15 Juillet
MONTANT DU PRÉLÈVEMENT :
<input type="checkbox"/> 23 € - <input type="checkbox"/> 25 € - <input type="checkbox"/> 35 € - <input type="checkbox"/> 45 € - Autre <input type="text"/>

ETAB ^t . TENEUR DU COMPTE DE L'ORGANISME CREANCIER
Banque postale – Centre financier
1 Rue Albert Glatigny
76900 ROUEN CEDEX 9

COMPTE A DEBITER			
Codes		N° du compte	Clé RIB
Etabl.	Guichet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

AUTORISATION DE PRELEVEMENT J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/> <input type="text"/>

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
A.N.C.
Hôpital Gui de Chauillac
34295 Montpellier cedex5

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Nom <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>

Codes		COMPTE A DEBITER N° du compte	Clé RIB
Etabl.	Guichet		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date :

Signature du titulaire du compte à débiter :