



ASSOCIATION FRANÇAISE
DE NARCOLEPSIE CATAPLEXIE
ET D'HYPERSOMNIE RARES

Fiche à compléter et à retourner avec votre cotisation à :
Jacques ROYER
60, Avenue du 18 JUIN 1940
92500 RUEIL MALMAISON
Ou à retourner par mail à
tresorerie@anc-narcolepsie.com

Bulletin d'adhésion

Valable un an à compter de la date de signature

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

Madame Mademoiselle Monsieur

NOM Prénom
Date de naissance / / Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
E mail :@.....

Vos coordonnées : Pas de changement de coordonnées

Adresse
Code postal Ville Pays :
Téléphone : Liste rouge : oui non
Téléphone portable :

Votre situation actuelle Pas de changement de situation

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 1^{er} enfant malade : / / prénom : sexe : ..
Date de naissance du 2^{ème} enfant malade : / / prénom : sexe : ..
Nombre d'enfants composant la fratrie :

Formules d'adhésion - ANC

Adhésion annuelle : 35 € Première adhésion
 Adhésion conjoint ou sympathisant : 25 € Renouvellement
 Adhésion jeune (-25 ans) ou personnes en difficultés : 15 €
 Adhésion annuelle + soutien : 45 €
 Don libre ponctuel : €

Mode de règlement

Prélèvement annuel du 15 janvier Prélèvement annuel du 15 juillet
Les prélèvements se feront automatiquement à la date demandée et du montant indiqué. Nous joindre impérativement l'ensemble du document complété et signé accompagné d'un RIB.

Virement bancaire sur le compte de : ASSOCIATION FRANCAISE NARCOLEPSIE CATAPLEXIE
IBAN : FR93 2004 1010 1401 1218 6V03 530 - **BIC** : PSSTFRPPROU
Adresse de la banque : la Banque Postale
ROUEN CENTRE FINANCIER
1 RUE ALBERT GLATIGNY
76900 ROUEN CEDEX 9

INDIQUEZ DANS VOTRE ORDRE DE VIREMENT :

Cotisation ANC Année (aaaa) NOM Prénom

Chèque à l'ordre de l'ANC (CCP ROUEN N 112 186 V)
 Espèces

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 :

.....

9. 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)



Demande de prélèvement

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
A.N.C. CHU Gui de Chauliac – Centre du sommeil 80 av. A. Fliche – 34000 Montpellier

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

ETAB ¹ . TENEUR DU COMPTE DE L'ORGANISME CREANCIER
Banque postale – Centre financier 1 Rue Albert Glatigny 76900 ROUEN CEDEX 9

COMPTE A DEBITER	
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
A <input type="text"/> Le <input type="text"/> Signature du titulaire du compte à débiter :	

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. CHU Gui de Chauliac – Centre du sommeil 80 av. A. Fiche – 34000 Montpellier

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

COMPTE A DEBITER	
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
A <input type="text"/> Le <input type="text"/> Signature du titulaire du compte à débiter :	