



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 Monsieur

NOM Prénom

Date de naissance / /

E mail : @

Vos coordonnées

Pas de changement de coordonnées

Adresse

Code postal Ville Pays :

Téléphone :

Téléphone portable :

Vous souffrez de

Narcolepsie - Cataplexie

Hypersomnie

Ou vous êtes

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 jeune (-25 ans) ou personnes en difficultés : 15 €

Renouvellement

Don libre ponctuel : €

Rappel : l'ANC étant reconnue d'Intérêt Général, tout versement donne droit à une réduction d'impôt de 66 % pour la part supérieure à 35 €. Exemple : pour un versement de 50 €, réduction d'impôt de 10 € (66 % de 15 € = 50 € - 35 €)

Mode de règlement

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

Virement bancaire sur le compte de : ASSOCIATION FRANÇAISE 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 :



ASSOCIATION FRANÇAISE
DE NARCOLEPSIE CATAPLEXIE
ET D'HYPERSOMNIE RARES

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"/> 35 € Don : <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 :	