

BULLETIN D'ADHESION 2026

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Vous pouvez choisir l'une des options suivantes :

Etre **Adhérent** - cotisation annuelle de 20€

Vous pouvez également choisir d'aider l'ATHM en effectuant un don. Si vous souhaitez adhérer et faire un don, vous pouvez faire un versement unique :

Etre **Adhérent et Donateur** (adhésion incluse) :

40€ 60€ 80€ Montant libre :€

Vous souhaitez adhérer ou faire un don à l'association ATHM en tant que :

« Parent » « Ami » « Personne handicapée » « Salarié (e) de l'ATHM »

⇒ Veuillez cocher un seul choix parmi les propositions ci-dessus

En tant qu'adhérent, vous avez la possibilité de voter aux Assemblées Générales et de poser votre candidature pour intégrer le Conseil d'Administration.

VOTRE MODE DE REGLEMENT

Chèque

Prélèvement automatique : 1 fois 2 fois 3 fois

⇒ Veuillez compléter le mandat de prélèvement SEPA ci-après.

A : Date :

Signature :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Informations à compléter pour votre règlement par prélèvement automatique

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

Vous bénéficiez du droit à être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec cette dernière. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date du débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Le mandat vaut autorisation de prélèvement.

DEBITEUR

Raison sociale ou Nom et prénom du titulaire du compte :

Adresses :

Code postal : Ville :

Pays :

Coordonnées de votre compte :

IBAN : FR.... / / / / /

BIC :

CREANCIER

Raison sociale : ATHM

Adresse : 114 RUE JACQUES YVES COUSTEAU CS89723

Code Postal : 85001

Ville : LA ROCHE SUR YON CEDEX

Pays : France

Identifiant SEPA :

RUM :

Paiement récurrent

Paiement unique

A : Date :

Signature :

Justificatif obligatoire : RIB