

*Merci de votre engagement et de votre soutien à nos côtés,
vous êtes nos partenaires les plus précieux.*

Formulaire d'adhésion / don à renvoyer à :
Sésame Autisme Rhône-Alpes • 16 rue Pizay • 69001 LYON

Vous pouvez donner ou adhérer de manière simple pour vous, et de façon pérenne pour nous, en optant pour le prélèvement automatique. Merci de compléter ce formulaire.

Je suis adhérent : _____

Cotisation S.A.R.A. avec la revue Sésame de la Fédération : 87 € par an (12 mois)

- Ci-joint mon chèque : €
- J'opte pour un prélèvement automatique (+ 1 € de frais soit 86 € de cotisation)
Prélèvement : annuel semestriel trimestriel
- Autre à préciser :

Cotisation S.A.R.A. sans la revue Sésame de la Fédération : 55 € par an (12 mois)

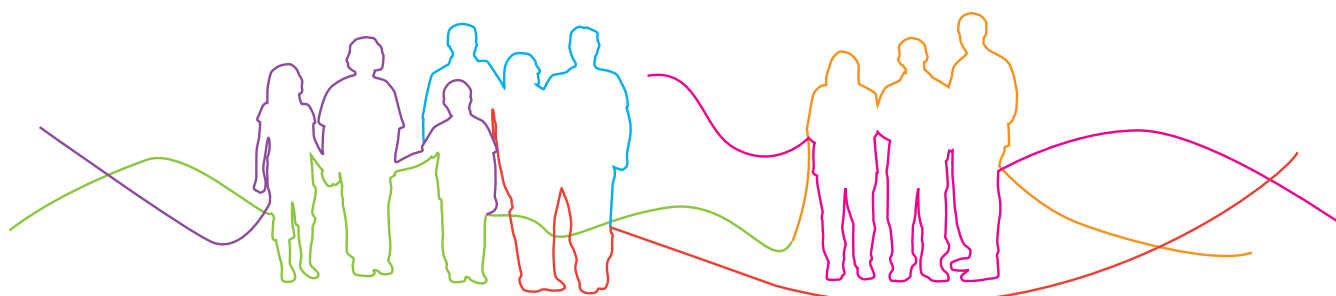
ou 45 € (si déjà adhérent par ailleurs au réseau Sésame)

- Ci-joint mon chèque : €
- J'opte pour un prélèvement automatique (+ 1 € de frais soit respectivement 54 € ou 44 € de cotisation)
Prélèvement : annuel semestriel trimestriel
- Autre à préciser :

Je suis donateur : _____

- Ci-joint mon chèque : €
- Je souhaite faire un don régulier de €, et pour cela :
- J'opte pour un prélèvement automatique (1 € sera attribué aux frais de prélèvement)
Prélèvement : annuel semestriel trimestriel
- Autre à préciser :

En cas de prélèvement, ce formulaire doit être accompagné de la **demande et de l'autorisation de prélèvement**.
Vous devez remplir les **parties bleues** et **joindre un RIB**. En retour nous vous enverrons un accusé de réception
et confirmation des dates fixes de prélèvement.



Demande de prélèvement : _____

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR				DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER	
<i>Nom, prénom et adresse :</i>				<i>Nom et adresse de votre banque :</i>	

COMPTE À DÉBITER				NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	
Codes RIB				Sésame Autisme Rhône-Alpes 16 rue Pizay 69001 LYON	
Etabl.	Guichet	Compte	Clé		

Date et signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

Autorisation de prélèvement : _____

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Établissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL ÉMETTEUR

561982

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR				NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	
<i>Nom, prénom et adresse :</i>				Sésame Autisme Rhône-Alpes 16 rue Pizay 69001 LYON	

COMPTE À DÉBITER				NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER	
Codes RIB				<i>Nom et adresse de votre banque :</i>	
Etabl.	Guichet	Compte	Clé		

Date et signature :

Merci de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer et en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.).

