

POUR M'ABONNER À L'ANCRE D'OR-BAZEILLES, JE SOUSCRIS À LA CARTE DU MARSOUIN / BIGOR

Avec la carte du marsouin / bigor :

- Je soutiens les musées TDM de Fréjus et de Bazeilles ;
- Je participe à la solidarité TDM ;
- Je reçois L'AOB (et L'Almanach du marsouin pour les abonnés "soutien" et "bienfaiteur").



Je souscris pour 1 an à l'un des 3 niveaux d'adhésion :

- adhérent à 32 € / an ;
- soutien* à 60 € / an (je recevrai en plus mon Almanach du marsouin dès sa parution) ;
- bienfaiteur** à 100 € / an (je recevrai en plus mon Almanach du marsouin dès sa parution).

* Je recevrai un reçu fiscal de 28 €.

** Je recevrai un reçu fiscal de 68 €.

Je serai averti de la fin de mon adhésion par une lettre du service abonnements de L'AOB, deux mois avant l'échéance.



BULLETIN D'ADHÉSION À LA CARTE DU MARSOUIN / BIGOR

(Uniquement pour les nouveaux adhérents)

1- Je choisis mon niveau d'adhésion :

adhérent à 32 €

soutien à 60 €

bienfaiteur à 100 €

Mes coordonnées et l'adresse à laquelle je souhaite recevoir L'AOB (et l'Almanach du marsouin en fonction de mon adhésion) :

Grade : Nom : Prénom :
Affectation : Arme :
Adresse :
Code postal : Localité : Tél. :
E-mail :

2- Je choisis mon mode de règlement :

2-1. Par chèque : je règle mon adhésion par chèque bancaire à l'ordre de L'Ancre d'Or-Bazeilles et je l'envoie à :

Ass. FNAOM - ACTDM / L'Ancre d'Or-Bazeilles / Service abonnements
Caserne Guynemer - 2 rue Charles-Axel Guillaumot - CS 30078
92508 RUEIL-MALMAISON CEDEX

2-2. Par prélèvement automatique (joindre un RIB) :

Ass. FNAOM - ACTDM / L'Ancre d'Or-Bazeilles
Caserne Guynemer - 2 rue Charles-Axel Guillaumot - CS 30078
92508 RUEIL-MALMAISON CEDEX

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat vous autorisez L'Ancre d'Or-Bazeilles à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de L'Ancre d'Or-Bazeilles. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

ICS : FR 45 ZZZ 009191

Nom, Prénom et adresse du débiteur	Désignation du compte à débiter
Nom : Prénom :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Adresse :	IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire
Code postal : Localité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	BIC - Code international d'identification de votre banque

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Fait à : Signature :
Le :

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivant de la loi n° 78-17 du 8 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.