

Saar21 Down-Syndrom Saarland e.V.



Mario Martin Jakobs
Römerstrasse 17
66679 Losheim am See
Fon 06872-5050187
Fax 06872-5050188

DÉCLARATION D'ADHÉSION

Moi, soussigné(e), je déclare mon adhésion en tant que membre de l'association "**Saar21 Down-Syndrom Saarland e.V.**" et je suis prêt(e) à payer la cotisation annuelle.

nom, prénom

nom, prénom

nom, prénom

nom, prénom

Nos cotisations

- | | |
|--|--------|
| - cotisation annuelle individuelle: | 24,- € |
| - cotisation familiale: | 36,- € |
| - adultes trisomiques: | 12,- € |
| - enfants et adolescents moins de 18 ans sont dispensés de la cotisation pourvu qu'au moins un parent soit déjà membre de l'association. | |

Il s'agit des cotisations minimums. Remise est disponible sur demande.

rue: code postale, ville:

tél.: e-mail:

enfant trisomique: oui non prénom de l'enfant: date de naissance:

Je donne mon accord à la transmission de nos noms, de notre adresse (aussi de l'adresse e-mail) et de notre numéro de téléphone aux membres de l'association "Saar 21 Down-Syndrom Saarland e.V.".

Je donne mon accord à l'utilisation et la publication des photos avec nous en tant que membres:

nom.....n° des personnes.....pour des buts de l'association.

Cela comprend la publication sur le matériel de publicité et la publication dans des journaux/magazines et sur internet. S'il vous plaît rayer le mentions inutiles.

Ville, date signature

Mandat de prélèvement SEPA

Notre identifiant créancier SEPA est **DE60ZZZ00001211680**

La cotisation est prélevé par an de votre compte (bancaire), au plus tard le 15 Janvier. J'autorise expressément le prélèvement automatique de la cotisation annuelle de Euro par an à l'échéance du compte suivant par avis de débit.

Nom du/ de la titulaire de compte

IBAN BIC

Je peux révoquer l'autorisation de prélèvement automatique à tout moment.

Ville, date signature