



CHARGE Syndrom e.V. - Elternkreis betroffener Kinder

DEMANDE D'ADHÉSION

Nom, prénom

Téléphone

Rue, numéro de la maison

Mobile

Code postal et ville

E-Mail

Pays

Je m'inscris (nous nous inscrivons) comme:

- Personne atteinte du syndrome CHARGE
- Famille avec enfant atteint du syndrome CHARGE
- Amis, famille élargie
- Professionnel (titre/institution) _____
- Autres _____

Caractéristiques de la famille :

Mère (Nom, prénom) _____

Date de naissance: _____

Père (Nom, prénom) _____

Date de naissance: _____

Enfant atteint du syndrome CHARGE

(Nom, prénom) _____

Date de naissance: _____

Frères et soeurs: (Nom, prénom) _____

Date de naissance: _____

Autres

Mariés

Communauté apparentée au mariage

Monoparental

Cotisation annuelle:

- Cotisation annuelle : 30- €
- Don **supplémentaire** : _____ €
- Adhésion gratuite pour les personnes atteintes du syndrome CHARGE

Par la présente, j'autorise l'utilisation électronique des données personnelles collectées dans cette demande d'adhésion.. L'utilisation de mes données personnelles ne peut servir exclusivement qu'à l'utilisation par les membres (par exemple, celle des adresses) et à des fins et tâches selon les statuts de CHARGE Syndrom e. V. La protection de mes données personnelles est garantie par CHARGE Syndrom e. V.

- Oui**, j'accepte, l'envoi des bulletins d'information, invitations et des compte rendus par l'email.
- Oui**, j'autorise la diffusion des informations ci-dessus à d'autres membres de CHARGE Syndrom e.V. et la mention de mes données sur la liste des membres, qui n'est mise exclusivement à la disposition que des seuls membres de CHARGE Syndrom e.V.

Lieu, date

Signature

COTISATION ANNUELLE / mandat SEPA

La contribution annuelle par famille se monte à 30 euros à partir du 01 mars 2014 et est attendue chaque **1 mars de l'année**. Une autorisation de prélèvement automatique de votre part serait une grande aide pour le comité de CHARGE Syndrom e.V.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT PAR LA PROCÉDURE SEPA

Par la présente, je / nous vous autorise/ons à encaisser mes /nos paiements à payer de la contribution à l'échéance à des charges de mon / notre compte au moyen des notes de débit. Si mon / notre compte ne montre la couverture nécessaire, En cas d'insuffisance de provision sur le compte qui devait être débité, le virement peut ne pas être effectué.

Données générales

Nom et adresse du créancier	Nom et adresse titulaire du compte
CHARGE Syndrom e.V. Elternkreis betroffener Kinder Borbath 29 91448 Emskirchen Numéro d'identification du créancier (CI/Creditor Identifier) DE49ZZZ00000618238	_____ (Prénom/nom) _____ (Rue, numéro de la maison) _____ Code postal et ville _____ Pays Référence de mandat: _____ (donné par CHARGE Syndrom e.V.)

SEPA mandat de prélèvement

En signant ce formulaire de mandat, je/nous autorisons CHARGE Syndrom e.V., Borbath 29, 91448 Emskirchen à envoyer des instructions à ma/notre banque et ma/notre banque à débiter mon/notre compte conformément aux instructions du créancier.

BIC

IBAN

Organisme de crédit

Lieu, date

Signature

A envoyer svp à: **CHARGE Syndrom e.V. Borbath 29, 91448 Emskirchen.**