



BULLETIN D'ADHESION ou de soutien à OdM en 2017

A retourner à: Orthophonistes du Monde, 145 boulevard de Magenta, 75010 PARIS

NOM	Prénom
N°	Voie
Code Postal	Ville
Tél	Courriel

Adhésion tarif normal **60€**
 Adhésion tarif réduit **15€** (Professionnel des pays en développement, étudiants, chômeur *(avec justificatif svp)*
La Lettre d'OdM sera adressée par e-mail. Toutefois,, si vous désirez la recevoir en version papier, cochez la case ci-après
 Soutien à OdM par un don libre de€

J'adhère pour l'année 2017

Je vous adresse par chèque un règlement de.....€ correspondant à mon adhésion 2017 à OdM

Fait à _____ le _____ Signature _____

Je choisis un engagement durable pour l'action d'OdM

2 façons possibles de mettre en place cet engagement durable :

Je fais la démarche moi-même par internet, en enregistrant les coordonnées bancaires d'OdM en ligne sur le site de ma banque : n°IBAN d'OdM : FR76 1027 8061 3700 0210 7670 189
Attention : cette option, simple et sans frais pour notre association, nécessite que vous nous informiez de votre démarche par courriel afin que vous soyez destinataire de la Lettre d'OdM. Merci alors de renvoyer un courriel à : orthophonistesdumonde@orange.fr en précisant vos nom, prénom et adresse complète et la date de votre virement.

Je choisis le prélèvement bancaire automatique annuel du montant de la cotisation, soit 60€, en renvoyant le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous

MANDAT de Prélèvement SEPA : Orthophonistes du Monde

Référence Unique du Mandat
 (Cadre réservé à l'association)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Orthophonistes du Monde à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Orthophonistes du Monde.
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Vos Nom et Prénom *

Votre adresse *

(numéro, rue, code postal et ville) * *

Pays *

Les coordonnées de votre compte * -----

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

* -----

Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

Nom du créancier Orthophonistes du Monde 145 Bd Magenta 75 010 PARIS FRANCE
I.C.S FR 15 ZZZ50 3558

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif * Paiement ponctuel * Prélèvement annuel 60 €

Signé à * **Date** *

Signature(s)

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

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 suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : OdM, 145 Bd de Magenta 75010 PARIS *Zone réservée à l'usage exclusif du créancier*