



DÉCLARATION D'ADHÉSION

Moi, soussigné(e), je déclare mon adhhhésion 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
(2^{ème} membre de la famille s'il s'agit d'une appartenance familiale)

nom, prénom
(3^{ème} membre de la famille s'il s'agit d'une appartenance familiale)

nom, prénom
(4^{ème} membre de la famille s'il s'agit d'une appartenance familiale)

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 publicationdes photos avec nous en tant que members:

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

Cela comprend la publication sur le materiel de publicité et la publication dans des journeaux/magazines et sur internet. S'il vous plait 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

Nos cotisations

- cotisation annuelle individuelle: 28.- €
- cotisation familiale: 40.- €
- 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.