G.159

RENOUVELEZ VOTRE SOUTIEN EN 2025

+ PRATIQUE
Faites votre adhésion en ligne
aspas-nature.org/adhesion

NOM* : ..... PRÉNOM* : .....

ADRESSE* : .....

CODE POSTAL* : |_|_|_|_|_| VILLE* : .....

TÉLÉPHONE : ..... COURRIEL* : .....

* Mentions obligatoires

J'ADHÈRE* À L'ASPAS POUR 2025 (adhésion valable jusqu'au 31/12/2025)

❑ **15 €** (montant minimum) ❑ **25 €** ❑ **50 €** ❑ **100 €** ❑ **montant libre : ..... €** ..... € ❶

JE FAIS UN DON* POUR PARTICIPER AUX RÉSERVES DE VIE SAUVAGE® (RVS) ..... € ❷

JE FAIS UN DON* POUR SOUTENIR LES ACTIVITÉS DE L'ASPAS ..... € ❸

MONTANT TOTAL ❶+❷+❸= ..... €

*** 66 % de vos adhésions et dons sont déductibles de vos revenus imposables (dans la limite de 20 %). Un reçu fiscal sera disponible au 1er trimestre 2025.**

Je souhaite recevoir le magazine *Goupil* en version ❑ papier ❑ électronique ❑ je ne souhaite pas recevoir le *Goupil*
NB : Le montant minimum de contribution pour recevoir le *Goupil* en version papier (4 numéros par an) est de 15 €
❑ Je ne souhaite pas recevoir de communication de l'ASPAS

Je renvoie ce bulletin accompagné de mon chèque à l'ordre de l'ASPAS à l'adresse suivante :
ASPAS - 928 Chemin de Chauffonde - CS 50505 - 26401 Crest cedex

G.159

SOUTENEZ RÉGULIEREMENT L'ASPAS

En choisissant le prélèvement automatique*, vous soutenez l'ASPAS de façon régulière, et vous nous permettez d'inscrire nos actions dans la durée et de faire des économies de frais de gestion. Merci !

En m'engageant ainsi, je souhaite adhérer à l'ASPAS ❑ oui ❑ non

JE FAIS UN VERSEMENT MENSUEL DE : ❑ 5 € ❑ 10 € ❑ 20 € ❑ 30 € ❑ montant libre : ..... €**

JE FAIS UN VERSEMENT MENSUEL DÉDIÉ AUX RVS DE : ❑ 5 € ❑ 10 € ❑ 20 € ❑ 30 € ❑ montant libre : ..... €**

Je souhaite recevoir le magazine *Goupil* en version ❑ papier ❑ électronique ❑ je ne souhaite pas recevoir le *Goupil*
❑ Je ne souhaite pas recevoir de communication de l'ASPAS

*Ce montant sera prélevé le 10 du mois ** Montant minimum

NOM* : .....
PRÉNOM* : .....
ADRESSE* : .....
.....
CP* : ..... VILLE* : .....
COURRIEL : .....
* Mentions obligatoires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ASPAS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ASPAS. À tout moment et sans frais, vous pourrez modifier ou mettre fin aux prélèvements par courrier, par email contact@aspas-nature.org ou par téléphone au 04 75 25 10 00.

Association bénéficiaire : ASPAS
Identifiant créancier : FR31ZZ476013

IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date : ...../...../20..... Signature :

J'indique mes coordonnées et renvoie ce mandat signé accompagné d'un RIB à l'adresse suivante :
ASPAS - 928 Chemin de Chauffonde - CS 50505 - 26401 Crest cedex