E-11/24

# ADHÉREZ À L'ASPAS 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 2026.**

**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**

E-11/24

# 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**