

APPEL à COTISATION pour 2021

Comme vous le savez l'ANR fonctionne principalement grâce à nos cotisations.

Localement ces cotisations nous permettent d'offrir un colis de Noël à nos aînés âgés de 85 ans et plus. Ces colis sont distribués par des bénévoles qui consacrent un peu de leur temps libre sans jamais demander de compensation quelle qu'elle soit.

Régulièrement notre trésorier envoie un rappel aux retardataires, cela coûte du temps, des frais de papier, des frais d'envoi, c'est autant d'argent que nous ne mettrons pas au service de nos adhérents pour nos actions sociales.

Je vous demande donc d'être vigilant et de régler votre cotisation sans attendre la lettre de rappel.

Je vous en remercie vivement.

Le montant des cotisations pour 2021 est inchangé.

La cotisation est la même pour tous les retraités sans distinction d'appartenance

COTISATION INDIVIDUELLE avec la revue La Voix de l'ANR	22 ,00 euros
COTISATION INDIVIDUELLE sans la revue La Voix de l'ANR	13,00 euros
COTISATION COUPLE avec la revue La Voix de l'ANR.....	35,00 euros
COTISATION COUPLE sans la revue La Voix de l'ANR	26,00 euros
COTISATION REVERSION.....	13,00 euros

Le chèque est à libeller à l'ordre de « ANR 84 » et à retourner à l'adresse suivante :

ANR 84 chez monsieur Michel Roquefort

314 rue Henri Barbusse - 84000-AVIGNON

Afin de nous faciliter la tâche de gestion nous vous invitons à opter pour le prélèvement automatique, dans ce cas remplissez le mandat SEPA joint, accompagné d'un RIB



ASSOCIATION NATIONALE DE RETRAITES

13 Rue des Immeubles Industriels 75011 Paris – Tel : 01 43 79 37 18
Site : www.anrsiege.fr Courriel : anrsiege@orange.fr

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat : _____

En signant ce formulaire, vous autorisez l'ANR à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de votre groupe ANR de rattachement. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN : |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| BIC : _____

Numéro d'identification international du compte bancaire Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent/ répétitif :

Paiement ponctuel :

CREANCIER

Nom : ANR084 ICS : FR19ZZZ445092

Adresse : 290 Avenue des Vertes Rives - 84140 MONTFAVET FRANCE

Fait à : _____

Le _____

Signature adhérent

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.