



COTISATION 2018

ASSOCIATION DES AUDITEURS DES SESSIONS NATIONALES POLITIQUE DE DEFENSE
ET ENJEUX ET STRATEGIES MARITIMES

Prénom :

Nom :

Session Poldef ESM

ème session

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Choix de la cotisation

- A vie 1400 euros (possibilité de paiement en trois fois)
 Soutien 100 euros
 Simple 70 euros

Votre cotisation est éligible à une réduction d'impôt
égale à 66% dans la limite de 20% de votre revenu imposable

Un reçu fiscal sera envoyé automatiquement

Revue Défense (un an / 6 numéros) Abonnement 30 euros

*L'abonnement à la revue Défense est offert à vie dans la « cotisation à vie »

Montant total de l'adhésion

euros

Mode de paiement

- En ligne** paiement CB – sur aa-ihedn.org/cotisation
 Prélèvement automatique unique (formulaire à imprimer verso)
 Chèque à l'ordre de l'AA-IHEDN (formulaire à imprimer)

Coordonnées (Dans le cadre d'un changement de plate-forme informatique, nous avons besoin de toutes vos coordonnées)

Merci de compléter impérativement cette rubrique pour nous communiquer vos coordonnées.

Activité professionnelle

Fonction : _____ Société : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone professionnel : _____

Coordonnées personnelles et email

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone domicile : _____

Adresse email personnelle (impérative et en majuscule) :

Je préfère recevoir le courrier et les informations en numérique sur mon email personnel , **ou** par le courrier postal à mon adresse privée **ou** à mon adresse professionnelle ; que ce soit en numérique ou par courrier postal, les courriers et les informations seront identiques.

J'autorise la publication dans l'annuaire de l'UNION-IHEDN de mon :

- adresse professionnelle adresse personnelle adresse email personnel
 numéro de téléphone professionnel numéro de téléphone personnel numéro de portable

J'autorise l'AA-IHEDN à utiliser mes données à caractère personnel à des fins internes, notamment de communication, et à les transmettre à la communauté IHEDN. Je conserve le droit de consulter à tout moment les données me concernant sur simple demande à l'IHEDN. Signature

Merci de retourner ce coupon ainsi que votre demande de prélèvement à l'adresse suivante :

AA-IHEDN - CASE 41 - 1 PLACE JOFFRE - 75700 Paris SP 07



PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

J'autorise l'AA-IHEDN à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte bancaire.

Créancier

Nom du créancier : AA-IHEDN
Adresse : 1 place Joffre
Code Postal : 75700 Paris SP 07
Pays : France

Débiteur

Prénom et Nom du Débiteur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____

Coordonnées bancaires

N° de compte IBAN : _____

Code BIC : _____

Faire un choix

- Prélèvement unique automatique
 Prélèvement annuel et renouvelé automatiquement

Date (jour / mois / année)

___ / ___ / ___

Lieu

Signature

Merci de retourner ce mandat à l'adresse suivante :
AA-IHEDN - CASE 41 - 1 PLACE JOFFRE - 75700 Paris SP 07