



COTISATION 2019

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

Prénom :

Date de naissance

Nom :

Lieu de naissance

Session Poldef ESM Cyber sécurité

ème session

Choix de la cotisation

A vie : 1 400 euros (possibilité de paiement en trois fois)

Soutien : 100 euros

Simple : 70 euros

Cotisation éligible à une réduction d'impôt égale à 66% dans la limite de 20% du revenu imposable

Revue Défense 30 euros (un an / 6 numéros) L'abonnement est compris dans la « cotisation à vie »

Montant total _____ euros

Mode de paiement

En ligne sur aa-ihedn.org/cotisation **Chèque** à l'ordre de l'AA-IHEDN **Prélèvement** (formulaire au verso)

Coordonnées (Dans le cadre d'un changement de plate-forme informatique, nous avons besoin de toutes vos coordonnées. Merci de bien vouloir renseigner les rubriques ci-après)

**J'autorise la publication dans l'annuaire de l'UNION-IHEDN des informations cochées ci-après :
(Merci de cocher les cases relatives aux informations publiables)**

Coordonnées professionnelles

Fonction: _____

Société: _____

Adresse: _____

Code Postal: _____

Ville: _____

Pays: _____

Téléphone: _____

email professionnel (en majuscule): _____

Coordonnées personnelles

Adresse: _____

Code Postal: _____

Ville: _____

Pays: _____

Téléphone portable: _____

Téléphone domicile: _____

email personnel (en majuscule): _____

Je préfère recevoir le courrier et les informations en numérique sur mon email personnel , email professionnel , par le courrier postal à mon adresse privée à mon adresse professionnelle .

Nous vous rappelons en application des règles du RGPD que vous disposez d'un droit de rectification, de modification, d'opposition et de suppression des données vous concernant à tout moment via le contact: delegue-general@aa-ihedn.org

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 : _____

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