Mouvement contre le Racisme et pour l'Amitié entre les Peuples
43 Boulevard de Magenta - 75010 Paris
Tél. : 01.53.38.99.86 - www.mrap.fr - adhesions@mrap.fr

# BULLETIN D'ADHÉSION 2023

Nom :
Prénom :
Adresse :

Date de naissance : Profession :

Domicile : Portable :

Courriel :

## COMITÉ DE

## J'ADHÈRE AU MRAP

Déterminez le montant de votre cotisation annuelle en fonction de vos ressources

| Revenus Mensuels | Adhésion simple |
|---|---|
| < 700 € | ☐ 20 € |
| entre 700 € et 1200 € | ☐ 40 € |
| entre 1200 € et 1700 € | ☐ 60 € |
| entre 1700 € et 2200 € | ☐ 80 € |
| entre 2200 € et 3000 € | ☐ 108 € |
| entre 3000 € et 3500 € | ☐ 128 € |

Adhésion de soutien : ..... €

## JE M'ABONNE À DIFFÉRENCES

La revue trimestrielle du MRAP 24 € ☐

## DÉDUCTION FISCALE

Vous recevrez un reçu pour déduction fiscale. Vous pourrez déduire de vos impôts 66 % de votre cotisation et/ou de votre don.

## VIE DU MOUVEMENT

**Rendez-vous sur le site internet du MRAP : www.mrap.fr**

Si vous souhaitez recevoir les informations par mail et être inscrit.e sur une ou plusieurs de nos listes thématiques suivantes :

Racisme, discriminations, xénophobie
Education
Extrême droite
International
Migrations
Roms, Tsiganes et Gens du voyage

☐ J'adhère pour la première fois
☐ Je renouvelle mon adhésion

## PRÉLÈVEMENT

Si vous optez pour le prélèvement automatique, veuillez compléter l'autorisation de prélèvement SEPA et de nous l'a **renvoyer accompagnée de votre RIB-IBAN** - Veuillez compléter les champs marqués *

Nom du créancier : MRAP FR79ZZZ433827 - 43, boulevard de Magenta - 75010 PARIS - FRANCE

*Montant de la cotisation + Différences : ..... €

*Prélèvement trimestriel : ☐ *Prélèvement annuel : ☐
Cochez la case souhaitée

Type de paiement : paiement récurrent / répétitif

Coordonnées de votre compte

* / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ /
Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN** (International Bank Account Number)

* / _____ /
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier code)

*Fait à : ..... le : .....

*Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le MRAP à donner des instructions à votre banque pour débiter votre compte du montant de votre cotisation.
Pour toute réclamation relative au prélèvement ou pour toute modification ou révocation de votre mandat de prélèvement, contactez le MRAP. Prélèvement annuel : mi-mars. Prélèvements trimestriels : mars, juin, septembre et décembre.

Date : Signature :

Condition d'utilisation de vos données personnelles : Vous acceptez que le MRAP enregistre et utilise vos données pour communiquer avec vous et vous informer. Le MRAP s'engage pour protéger la confidentialité de vos données, à ne pas les divulguer, les transmettre ou les partager avec d'autres organismes ou entreprises. Les traitements de vos données sont régis conformément à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018. Vous pouvez consultez notre politique de confidentialité sur notre site internet : www.mrap.fr