



BON DE SOUTIEN PONCTUEL

> JE FAIS UN CHÈQUE :

Montant libre : €

À l'ordre de « Communauté Sfx – Daniélou-Abidjan »,
à renvoyer à Communauté Sfx – Daniélou-Abidjan,
24 boulevard Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine.

Je souhaite recevoir mon reçu fiscal par e-mail :

> J'EFFECTUE UN VIREMENT

sur le compte « Communauté Saint-François-Xavier »

IBAN : FR76 3000 3039 01000372 6620 809

BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP

Je demande mon reçu fiscal à :

danielou-abidjan@communaute-sfx.com

Je précise mes coordonnées postales, la date et le montant de mon don.

Vous recevrez un reçu fiscal quel que soit votre mode de règlement.

Si vous faites un don, les informations recueillies sur ce formulaire seront conservées pendant la durée légale et enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté Saint-François-Xavier pour la gestion des donateurs (envoi du reçu fiscal, informations et appels à dons). Conformément à la loi « informatique et libertés » et au RGPD, vous pouvez obtenir une copie de vos données, en connaître le moyen de collecte et les faire rectifier en nous adressant un e-mail accompagné d'une copie d'une pièce d'identité et du présent bon de soutien à danielou-abidjan@communaute-sfx.com. Si vous ne souhaitez pas recevoir de nouvelles sollicitations de notre part, cochez cette case .

À propos de vous : *(merci de compléter)*

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

E-mail : *(facultatif)*

Téléphone : *(facultatif)*

Année de naissance : *(facultatif)*

VOTRE AVANTAGE FISCAL

66 % DE VOTRE DON pour le projet Daniélou-Abidjan
sont déductibles de votre impôt sur le revenu,
dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.

Voir au verso pour faire un don régulier →



JE SOUTIENS DANIÉLOU-ABIDJAN DANS LA DURÉE

Ce mandat de prélèvement SEPA est à dater, signer et à envoyer, accompagné de votre Relevé d'Identité Bancaire, dans l'enveloppe-réponse jointe.

OUI, j'accompagne le projet sur le long terme

J'autorise la Communauté Saint-François-Xavier à envoyer à ma banque les instructions suivantes pour que celle-ci débite mon compte :

chaque mois, de 50€ 100€ 150€ Autre montant : €

Je souhaite être prélevé tous les de chaque mois.

chaque trimestre, de 150€ 300€ 450€ Autre montant : €

> MES COORDONNÉES

Mme M.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail (facultatif) :

> Je joins à ce mandat mon Relevé d'Identité Bancaire où figurent mes numéros IBAN et BIC.

Fait à : Le :/...../.....

Signature obligatoire :

Je bénéficie du droit d'être remboursé(e) par ma banque selon les conditions décrites dans la convention passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour ce prélèvement autorisé.

66%
DE RÉDUCTION FISCALE



**> ASSOCIATION BÉNÉFICIAIRE :
COMMUNAUTÉ
SAINT-FRANÇOIS-XAVIER**

Numéro ICS : FR69ZZZ541095

Ma Référence Unique de Mandat (RUM) me sera communiquée très prochainement.