Bon de Générosité

RECHERCHE - INFORMATION ET PRÉVENTION - AIDE AUX MALADES

☐ **OUI, j'apporte mon soutien à la Fondation du Souffle.** Pour l'aider dans ses actions, je fais un don de :

☐ 15 € ☐ 25 € ☐ 35 € ☐ 50 € ☐ À ma convenance : _____ €

☐ **Je règle par chèque** bancaire ou postal
à l'ordre de la Fondation du Souffle

☐ **Je règle par Carte Bancaire :**

N° : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Expire à fin : Mois |_|_| Année |_|_|

Notez les 3 derniers chiffres du n° au verso de votre CB |_|_|_|

Signature :

IMPORTANT! VOS AVANTAGES FISCAUX
Vous recevrez votre reçu fiscal qui vous permettra de déduire de vos impôts **66%** du montant total de votre don, **75%** si vous êtes assujetti à l'ISF. Faire un don de **25** € ne me reviendra ainsi, après déduction de mes impôts, qu'à **8,50** €, ou à **6,25** € si je suis assujetti à l'ISF.

● **MES COORDONNÉES :** ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Ville : .....

E-mail : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

À retourner dans une enveloppe sans l'affranchir, accompagné de votre règlement si vous donnez par chèque, à :

La Fondation du Souffle
Libre réponse N° 80363 - 75281 Paris Cedex 06

le souffle c'est la vie

Fondation du Souffle
contre les maladies respiratoires

www.lesouffle.org

Fondation du Souffle
N°ICS : FR40ZZZ609129
Maison du Poumon
66, boulevard Saint-Michel
75006 PARIS

Don régulier par mandat SEPA

En signant ce mandat de prélèvement SEPA, vous autorisez la Fondation du Souffle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation du Souffle. 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 le prélèvement autorisé.

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(à ne pas compléter)

MES COORDONNÉES

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

_____

Code Postal ☐☐☐☐☐

Ville _____

MES COORDONNÉES BANCAIRES

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC - Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT : récurrent/répétitif ☐ ponctuel ☐

Je recevrai mon Reçu Fiscal annuel qui me permettra de déduire de mes impôts jusqu'à 66 % de mes versements, 75 % si je suis assujetti à l'ISF.

> N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE VOTRE RIB OU VOTRE RIP

J'autorise la Fondation à prélever chaque mois : ☐ 5€ ☐ 10€ ☐ 20€

Autre montant : _____

J'autorise la Fondation à prélever chaque trimestre : ☐ 15€ ☐ 30€ ☐ 60€

Autre montant : _____

Date et signature :

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par la Fondation du Souffle pour la gestion de sa relation avec le donateur. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectifications 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.