

BON DE SOUTIEN

(Pour nous soutenir régulièrement par mandat de prélèvement SEPA, voir ci-dessous)



**Bulletin à nous retourner, complété et signé, à l'adresse suivante :
Fondation Marianiste - 44 rue de la Santé - 75014 PARIS**

OUI, je soutiens les actions de la Fondation Marianiste !

Je souhaite **faire un don** de :

- 30 €** (10,20 € après déduction fiscale)
- 50 €** (17 € après déduction fiscale)
- 80 €** (27,20 € après déduction fiscale)
- 150 €** (51 € après déduction fiscale)
- Autre montant : _____ €

Je joins mon don par chèque bancaire ou postal, à l'ordre de « Fondation Marianiste ».

Rappel de vos déductions fiscales :

66 % du montant de votre don est déductible de votre impôt sur le revenu (dans la limite de 20 % de votre revenu imposable). Par ailleurs, 75 % de votre don à la Fondation peut être déduit de votre ISF, si vous y êtes assujéti. Nous vous enverrons un reçu fiscal sous trois mois.

Mes coordonnées :

DVS13

Nom :
Prénom :
Adresse :
.....
CP : . | _ | _ | _ | _ |
Ville :
Tél.:

Je souhaite recevoir l'actualité de la Fondation Marianiste par courrier électronique.

E-mail:

OUI, je soutiens durablement les actions de la Fondation Marianiste !

(Mandat de prélèvement SEPA, à compléter et à retourner à l'adresse indiquée ci-dessus, accompagné d'un RIB ou RIP mentionnant votre IBAN)

1 >> J'indique ci-dessous les données me concernant :

Mes coordonnées :

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : . | _ | _ | _ | _ | Ville :

Ma banque :

Nom de l'agence:
Adresse
CP : | _ | _ | _ | _ | Ville :

Mes coordonnées bancaires :

(présentes sur mon RIB)

IBAN | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

BIC | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- Il est obligatoire de joindre un RIB ou un RIP mentionnant votre IBAN
- Votre référence unique de mandat vous sera envoyée dès enregistrement de votre don régulier ;
- Vous recevrez votre reçu fiscal une fois par an.

2 >> Je choisis le montant et la périodicité de mon soutien régulier :

- 10 €** **15 €** **20 €**
- 30 €** **50 €**
- Autre montant :€

Par mois Par trimestre Par semestre

Association bénéficiaire : Fondation Marianiste, 44 rue de la Santé, 75014 Paris
Identifiant créancier SEPA : FR10FMR580472

3 >> J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, le prélèvement indiqué ci-dessus.

Date :

Signature (obligatoire) :

En signant ce mandat, vous autorisez la Fondation Marianiste à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation Marianiste. 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 un prélèvement autorisé. Renseignements auprès de votre banque.

Merci de votre confiance et de votre générosité !

DVS13