

OUI JE M'ENGAGE AVEC **SANTÉ SUD** POUR AGIR SANS REMPLACER

Santé Sud est reconnue d'utilité publique: 66% de vos dons sont déductibles des impôts, dans la limite des 20% de vos revenus actuels.

OUI je veux rejoindre le combat de Santé Sud pour le droit à la santé pour tous.

Je règle mon adhésion annuelle de 30 € (soit 10 € après déduction fiscale)

OUI je souhaite faire un don ponctuel.

Je donne : 20 € (soit 7 € après déduction fiscale) 50 € (soit 17 € après déduction fiscale)
 100 € (soit 34 € après déduction fiscale) 200 € (soit 68 € après déduction fiscale)
 Autre.....€

OUI je souhaite faire un don régulier... pour un développement durable de la santé!

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA : SOUTIEN MENSUEL AUX ACTIONS DE SANTÉ SUD
Association Santé Sud, 200 bd National, Le Gyptis II, Bt. N, 13003 Marseille - ICS : FR54 ZZZ 444 074

Je soussigné(e) : Mme M.

Nom :

Prénom :

autorise Santé Sud à prélever chaque mois sur mon compte

la somme de :

10 € (soit 3 € après déduction fiscale)
 20 € (soit 7 € après déduction fiscale)
 50 € (soit 17 € après déduction fiscale)
 Autre : €

Coordonnées de l'établissement bancaire

Etablissement :

Agence :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Compte à débiter (référez-vous à votre RIB)

▶ Numéro d'identification international du compte bancaire
IBAN (International Bank Account Number)

▶ Code international d'identification de votre banque
BIC (Bank Account Number)

Fait à :

Le :

Signature obligatoire :

Très important : veuillez retourner l'ensemble de ce document dûment signé à Santé Sud en y joignant un RIB ou un RIP.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Santé Sud à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Santé Sud. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Type d'encaissement : récurrent

Référence Unique du Mandat (à remplir par Santé Sud qui vous le communiquera dès son enregistrement) :

Mes coordonnées

Mme M.

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : E-mail :

Merci de renvoyer ce bon de soutien à **Santé Sud, 200 Bd National - Le Gyptis II, Bât. N - 13003 Marseille**
accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de « Santé Sud » ou de votre autorisation de mandat de prélèvement SEPA.

Les informations sont réservées à l'usage exclusif de Santé Sud. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant.

Dons en ligne : www.santesud.org