

Santé Sud ne soigne pas les enfants.



C'est un médecin de leur pays qui les soigne.

À Santé Sud, nous sommes convaincus que les pays en développement disposent de tout le potentiel pour dispenser les soins nécessaires à leur population et qu'il leur appartient de choisir la voie de leur développement. Selon notre devise « agir sans remplacer », depuis 1984, nous soutenons les initiatives locales en formant et en accompagnant des professionnels sanitaires et sociaux qui pourront soigner eux-mêmes les populations de leur pays.

Votre don permet ainsi à une personne particulièrement vulnérable : jeune femme enceinte ou mère de jeunes enfants, nouveau-né, enfant handicapé, malade vivant avec le VIH ou la drépanocytose, personne âgée ou isolée... d'être correctement soignée et à long terme par les professionnels de son pays.

Santé Sud
www.santesud.org

Association de solidarité internationale à but non lucratif, Santé Sud est Reconnue d'Utilité Publique (ARUP) : 66 % de vos dons sont donc déductibles des impôts, dans la limite de 20 % de vos revenus annuels. (Pour 100 € donnés, cela ne vous coûte véritablement que 33 € !) Un reçu fiscal vous sera adressé en début d'année. Vous serez aussi tenu informé des activités de l'association et de l'utilisation de votre don.



« Faites comme moi : aidez Santé Sud à agir sans remplacer ! »



Ariane Acaïde, comédienne, ambassadrice de Santé Sud.

© AP-HM

OUI je souhaite parrainer l'action de Santé Sud à long terme et « agir sans remplacer »

par un engagement régulier.

Le montant de mon prélèvement

mensuel sera de : 20 € 50 € 100 € autre : €

(Je note que mon prélèvement pourra être interrompu à tout moment si je le souhaite)

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

Numéro national d'émetteur : 444074

Association Santé Sud, 200 bd National, Le Gyphis Bt. N - 13003 Marseille

Je soussigné(e) : M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Code postal :

Commune :

E-mail :

Téléphone :

.....

autorise Santé Sud à prélever chaque mois sur mon

compte la somme de €.

Nom et adresse postale de l'établissement teneur

du compte à débiter

Etablissement :

Agence :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

.....

Compte à débiter :

Etablissement

Code guichet

N° de compte

Clé RIB

.....

Fait à :

le :

.....

Signature obligatoire :

.....

Très important : veuillez retourner l'ensemble de

ce document dûment signé en y joignant un RIB ou

RIP dans l'enveloppe-réponse ci-jointe adressée à

Santé Sud.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire

suspendre l'exécution par simple demande à l'établisse-

ment teneur de mon compte. Je réglerai alors le différend

directement avec l'association Santé Sud. Les informa-

tions recueillies sont nécessaires pour le traitement des

docs. La loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978

vous permet d'exercer vos droits d'accès aux données

vous concernant. Santé Sud s'engage à ne pas utiliser

ces informations en dehors de ses relations avec vous.

Je ne peux pas m'engager à long terme pour l'instant,

mais je souhaite faire un don ponctuel de : 50 € 100 € 200 € autre : €

Je souhaite recevoir plus d'informations concernant les legs testamentaires.

M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : E-mail :

Merci de renvoyer votre bon de soutien à Santé Sud, 200 Bd National - Le Gyphis N - 13003 Marseille, accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de « Santé Sud » ou de votre autorisation de prélèvement.