

Association Entr'Aids
Formulaire de don par prélèvement automatique

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE :

E-MAIL :

OUI, JE SOUHAITE SOUTENIR DE FACON REGULIERE L'ASSOCIATION ENTR'AIDS DANS SON ACTION AUPRES DES PERSONNES TOUCHEES PAR LE VIH OU UNE HEPATITE, GRACE AU **DON PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE**.

PERIODICITE : tous les mois tous les 3 mois tous les ans

PRELEVEMENT LE : 5 du mois 15 du mois 25 du mois

MONTANT : 5 € 10 € 20 € autre : €

PRELEVEMENT A COMPTER DU :

J'ai bien noté que je pourrai interrompre les prélèvements à tout moment, sur simple demande de ma part.

Date et signature :

CHAQUE DONATEUR SE VERRA ETABLIR EN FIN D'ANNEE UN RECU FISCAL DE DON GLOBAL, PERMETTANT UNE DEDUCTION D'IMPOT (article 200-5 ET 238bis du CGI).

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'AUTORISATION DE PRELEVEMENT DUMENT REMPLIE ET SIGNEE AINSI QU'UN RELEVÉ D'IDENTITE BANCAIRE.

A RETOURNER A : ENTR'AIDS – 24 RUE DE LA PART-DIEU – 69003 LYON