



- BULLETIN D'AIDE OU DE PARRAINAGE -
à renvoyer à "LUMIÈRE DES ENFANTS" (Sklerder ar Vugale)
5, place Saint Yves - Ker Uhel 22300 LANNION

OUI, je souhaite soutenir l'Organisme "Lumière des Enfants – Solidarité Internationale"
dans ses actions en faveur des enfants d'Haïti.

Barrer les lignes inutiles : Je soutiens l'action de Lumière des Enfants

auprès des enfants de l'école
de Lamardelle

- 1°) par un don unique (chèque) de €
2°) par un don récurrent de € par mois (prélèvement chaque mois).
3°) par le parrainage d'un élève de l'école de Lamardelle pour un montant de 20 € par mois (prélèvement mensuel).
4°) par le parrainage de **DEUX élèves** de l'école de Lamardelle pour un montant de 40 € par mois (prélèvement mensuel).
Un reçu fiscal vous sera adressé en début d'année prochaine, à joindre à votre déclaration de revenus.

Rappel : votre don vous donne droit à une déduction fiscale de 75% du montant du don.

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

ADRESSE EMAIL pour pouvoir recevoir nos prochains communiqués :

Pour les prélèvements, prière de compléter la partie ci-dessous et de joindre obligatoirement
UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE récent.

MANDAT de Prélèvement SEPA



LUMIERE DES ENFANTS

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) LUMIERE DES ENFANTS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LUMIERE DES ENFANTS.
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,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom * _____
Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse * _____
Numéro et nom de la rue
* _____ * _____
Code postal _____ Ville _____

Les coordonnées de votre compte * _____
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number) : 27 caractères
* _____
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code) : 11 caractères

Nom du créancier *LUMIERE DES ENFANTS
Nom du créancier
* FR39ECH458312
Identifiant SEPA du créancier (ICS)
*5 PLACE SAINT YVES
Numéro et nom de la rue
* 22300 *LANNION
Code Postal _____ Ville _____
* FRANCE
Pays

Type de paiement *Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Signé à _____ le _____
Lieu _____ Date _____

Signature(s) :

Veuillez signer ici *

Note : Vos droits concernant le présent mandat 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 n'être utilisées que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification 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.