

- BULLETIN 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 Autorisé pour l'Adoption "Lumière des Enfants" dans ses actions en faveur des enfants.

Je souhaite que mon don ou mon parrainage soit dirigé vers : Je choisis de soutenir les actions dans le domaine de

- | | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| - le Burkina Faso | <input type="radio"/> | - la scolarisation | <input type="radio"/> |
| - le Congo Brazzaville | <input type="radio"/> | - la santé | <input type="radio"/> |
| - la Côte d'Ivoire | <input type="radio"/> | - la réinsertion des mamans | <input type="radio"/> |
| - Guinée | <input type="radio"/> | (Congo et Madagascar) | |
| - Haïti | <input type="radio"/> | - l'aide à un orphelinat | <input type="radio"/> |
| - Madagascar | <input type="radio"/> | Préciser : - Indifférent : | <input type="radio"/> |
| - le Nigeria | <input type="radio"/> | | |
| - le Togo | <input type="radio"/> | | |
| - Indifférent : | <input type="radio"/> | | |

1°) *Je soutiens l'action de "Lumière des Enfants" par un don unique de €*

2°) *Je soutiens l'action de "Lumière des Enfants" par un parrainage de € par mois ou par trimestre*

Un reçu fiscal vous sera adressé pour joindre à votre déclaration de revenus.

M. Nom :

Mme Prénom :

Melle Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone :

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) {NOM DU CREANCIER} à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de {NOM DU CREANCIER}.
 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.

Veillez 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)

Nom du créancier Code international d’identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)
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 * _____
 Lieu Date

Signature(s) : _____
 *Veillez 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 par le créancier 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.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur – fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur
 Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)
 Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {NOM DU CREANCIER} et un tiers (par exemple, vous payez la facture d’une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
 Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

Code identifiant du tiers débiteur
 Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s’il remet des prélèvements pour le compte d’un tiers .
 Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné
 Numéro d’identification du contrat
 Description du contrat

A retourner à:

Zone réservée à l’usage exclusif du créancier