



- 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"

- 1°) par un don unique (chèque) de €
- 2°) par un don récurrent de € par mois (prélèvement chaque mois).
- 3°) par le parrainage individuel (hébergement, scolarité) d'un enfant de Port de Paix, de Lamardelle, de Tabarre, de Maison des Anges ou de Kenscoff (parrainage médical) pour un montant de 20 € par mois (prélèvement mensuel).
- 4°) par le parrainage individuel de deux enfants de ces maisons d'enfants pour un montant de 40 € 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 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 <input type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>
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 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.