AGERIA
POUR LE BIEN ÊTRE DES RÉSIDENTS EN EHPAD

BULLETIN DE SOUTIEN RÉGULIER

☐ **OUI,** je souhaite soutenir régulièrement AGERIA.

☐ chaque mois ☐ 8 € ☐ 20 € ☐ 30 € ☐ autre montant : _____ €

Je souhaite que mon don soit prélevé : ☐ le 8 du mois

Les dons ouvrent droit à réduction d'impôts de 66% du montant du don. Vous recevrez un reçu fiscal.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA – DON RÉCURRENT

MES COORDONNÉES (à compléter)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____

Code postal : ☐☐☐☐☐ Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Email : _____

La référence unique de mandat vous sera communiquée au moins 6 jours avant votre premier prélèvement.

MON COMPTE BANCAIRE

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NOM & ADRESSE DU CRÉANCIER

AGERIA
163, avenue Ledru Rollin -
75011 Paris

SIGNATURE, DATE & LIEU (obligatoire)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGERIA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions d'AGERIA. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé-e par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement peut être présentée : dans les 8 semaines sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non-autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

contact@ageria.org

AGERIA
POUR LE BIEN ÊTRE DES RÉSIDENTS EN EHPAD