GIAA
Voir... La vie autrement

Accord de Soutien Régulier

Mandat de Prélèvement SEPA

Merci de nous retourner votre accord à l'adresse ci-contre ▶

Association bénéficiaire :
GIAA - 5, avenue Daniel Lesueur
75007 PARIS

Identifiant Créancier SEPA :
FR06ZZZ586558

☐ **OUI,** parce que vos actions pour les personnes handicapées visuelles doivent être menées dans la durée, je choisis d'aider le ***GIAA*** par mon ***Soutien Régulier*** et **j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever** :

☐ **CHAQUE MOIS,** la somme de : ☐ **5 €*** ☐ 10 € ☐ 15 € ☐ 20 € ☐ Autre montant : ..... €

☐ **CHAQUE TRIMESTRE,** la somme de : ☐ 15 € ☐ 30 € ☐ 45 € ☐ 50 € ☐ Autre montant : ..... €

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

BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Paiement :** ☑ **Récurent :** ☐ **Ponctuel**

Je date : .....

Je signe :

(Cadre réservé)

Référence Unique du Mandat : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

➜ Je recevrai le **reçu fiscal annuel** qui me permet de déduire de mes impôts **66 %** de mes versements.

*Ainsi, un don mensuel de **5 €**, par exemple, ne me revient qu'à **1,70 € par mois** après déduction, mais permet à l'association **d'agir trois fois plus pour les aveugles**.

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association **GIAA** à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte – et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association **GIAA**. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

▶ Je retourne le présent accord, **accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire**, dans l'enveloppe-réponse jointe.