

Je souhaite faire un don régulier à l'Ordre de Malte

- Mon don est prélevé régulièrement sans aucun frais pour moi
- Je peux modifier à tout moment mes prélèvements

Je remplis et signe mon mandat pour le don régulier par prélèvement automatique.
Et j'envoie celui-ci **accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB)**, sous enveloppe affranchie,
à :

Ordre de Malte France - 42 rue des Volontaires - 75015 PARIS

Nos engagements

- Vous n'êtes **plus sollicités par courrier ni par téléphone**, sauf cas exceptionnel ;
- Votre **adresse n'est pas communiquée** à un organisme tiers ;
- Vous **recevez un reçu fiscal** du montant total de votre soutien pour l'année ;
- Vous recevez chaque trimestre notre magazine « Hospitaliers » pour vous informer de nos actions.

Pour en savoir plus, vous pouvez appeler Corinne Perret Chollet au 01 45 20 93 07



**ORDRE DE MALTE
FRANCE**

MANDAT DE PRÉLEVEMENT SEPA

ICS : FR15505397149

Bénéficiaire : Œuvres Hospitalières Françaises de l'Ordre de Malte France
42 rue des Volontaires – 75015 Paris

☒ **Oui**, je veux soutenir régulièrement l'Ordre de Malte France

chaque ☐ mois ☐ trimestre à partir du 10/...../..... (mois/année)
par un don de ☐ 15 € ☐ 30 € ☐ 50 € autre montant : €

➤ **Mes coordonnées** ☐ M. ☐ Mme ou Mlle ☐ M. et Mme **NET01**

Nom : Prénom :
Adresse : CP : Ville :
email (en LETTRES MAJUSCULES) :@

➤ **Les coordonnées de mon compte (IBAN – BIC)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code international de votre banque – **BIC** (Bank Identifier Code)

N'oubliez pas ! 75% de votre don est déductible *

*Jusqu'à 546€ si vous êtes imposable et 66% au-delà, dans la limite de 20% de votre revenu imposable



Date, lieu et signature obligatoires :

➤ Je retourne le présent accord, **accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB)**.

Dès l'enregistrement de celui-ci, ma Référence Unique de Mandat (RUM) me sera communiquée.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Ordre de Malte France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Ordre de Malte France. Le premier versement pourra avoir lieu au plus tôt 5 jours après signature du présent document. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.