Agir pour le Cœur des Femmes

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

# BON DE SOUTIEN DON RÉGULIER

**Je souhaite** contribuer à combattre les maladies cardio-vasculaires chez les femmes.

## Je choisis le montant de mon don mensuel

| ❑ 10 € | ❑ 15 € | ❑ 20 € | ❑ 35 € | ❑ Autre montant : |
|---|---|---|---|---|
| Après réduction d'impôt **3,40 €** | Après réduction d'impôt **5,10 €** | Après réduction d'impôt **6,80 €** | Après réduction d'impôt **11,90 €** | _____ € |

Vous bénéficiez d'une **réduction d'impôt de 66 %** dans la limite de 20 % du revenu imposable.

Merci de compléter et signer le mandat de prélèvement SEPA ci-dessous et de ne pas oublier de joindre votre RIB.

## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL
### Mandat de prélèvement SEPA

Agir pour le Cœur des Femmes
Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

❑ OUI, je choisis de soutenir **Agir pour le Cœur des Femmes** par prélèvement automatique et j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte, chaque mois, un prélèvement de : _____ €

**Merci de compléter tous les champs du mandat**

**MES COORDONNÉES :**

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Le : __/__/__ Signature :
À : _____

**Paiement :** ☑ Récurrent ❑ Ponctuel

IBAN : ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊ ⌊⌊⌊⌊
BIC : ⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊

**> JE JOINS MON RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

(Cadre réservé)

Identifiant créancier SEPA : FR53ZZZ89CA07
Référence Unique du Mandat :

En signant ce mandat, j'autorise le fonds de dotation Agir pour le Cœur des Femmes à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte conformément aux instructions données dans ce mandat. J'autorise ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions données par le fonds de dotation Agir pour le Cœur des Femmes. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour le prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour mettre fin à mon engagement en prélèvement automatique, j'en formule la demande à Agir pour le Cœur des Femmes, par e-mail à contact@agirpourlecoeurdesfemmes.com. La demande d'arrêt de prélèvement doit être envoyée 4 semaines avant la demande d'arrêt de prélèvement.

## Comment nous connaissez-vous ?

❑ J'ai participé à une activité de dépistage ou de sensibilisation
❑ J'ai vu votre communication dans les médias ou sur les réseaux sociaux
❑ Autre : _____

❑ Je souhaite recevoir **la brochure sur les legs & donations** d'Agir pour le Cœur des Femmes.
❑ Je souhaite recevoir **la lettre d'information** d'Agir pour le Cœur des Femmes.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par « Agir pour le Cœur des Femmes » dans un fichier informatisé. Elles ne seront pas transférées à des tiers et utilisées uniquement par le Fonds de dotation et ses prestataires mandatés à des fins de gestion interne, pour répondre à vos sollicitations, vous adresser un reçu fiscal ou faire appel à votre générosité. Vous pouvez nous contacter pour l'exercice à tout moment de vos droits (de retrait, de consentement, d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition ou de portabilité) ou pour toute information sur ceux-ci ou sur le traitement de vos données en contactant notre délégué à la protection des données en écrivant soit par courrier (Agir pour le Cœur des Femmes, DPO, 22 rue de Londres 75009 Paris), soit par e-mail dpo@agirpourlecoeurdesfemmes.com