

BON DE PARTICIPATION ET DE SOUSCRIPTION

A remplir et à retourner avec votre participation à votre établissement



GROUPE SCOLAIRE Saint-Vincent-de-Paul

ÉTABLISSEMENT PRIVE CATHOLIQUE ASSOCIÉ À L'ÉTAT PAR CONTRAT

Groupe Scolaire Saint-Vincent-de-Paul
Ecole, Collège, Lycée Polyvalent, CFC/UFA
49 rue de Bobillot – 75013 PARIS
Téléphone : 01 45 80 77 90 – Fax : 01 45 65 27 06
Mail : contact@gs-svp.com – site internet : www.gs-svp.com
N° FSM : 90 000 458

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
E-mail :

- Parent
 Ancien(ne)
 Ami(e)

Oui, j'agis aux côtés de mon établissement et je participe à ses projets.

Je fais un don de :

- 500 €
 200 €
 100 €
 50 €
 Autre €

Je choisis de régler par chèque bancaire à l'ordre de la Fondation Saint Matthieu.

Je préfère être prélevé(e) chaque mois pendant 10 mois en remplissant le mandat ci-dessous accompagné d'un RIB.

Merci de m'adresser un reçu fiscal qui permettra de déduire :

Ou 66% de mon don dans la limite de 20% de mon revenu imposable.

Exemple : un don de 300 € ne me coûtera que 102 €.

Ou 60% du don versé par mon entreprise de son impôt, dans la limite de 0,5% de son chiffre d'affaires.

Exemple : un don de 300 € ne lui coûtera que 120 €.

La Fondation Saint Matthieu est habilitée à recevoir legs, donations et assurances-vie.

Je souhaite recevoir une documentation à ce sujet.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

joindre un RIB

Référence Unique du Mandat :

(partie réservée à la Fondation Saint Matthieu)

Nom et adresse du créancier

FONDATION SAINT MATTHIEU
76, rue des Saints Pères
75007 Paris

Identifiant créancier - ICS

FR15ZZZ463691

Oui, j'autorise :

(A) la Fondation Saint Matthieu à envoyer des instructions à ma banque pour débiter dès que possible mon compte d'une somme de € par mois pendant 10 mois, soit une somme globale de €

affectée à l'établissement :

(B) ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de la Fondation Saint Matthieu.

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 doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Je recevrai un reçu fiscal récapitulatif.

Nom et adresse du donateur

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____
Ville : _____

Compte à débiter

N° d'identification international de votre compte bancaire - IBAN

Code international d'identification de votre banque - BIC

le _____

à

Signature :