



## BULLETIN DE SOUTIEN ET D'ADHESION

Compléter le bulletin ci-dessous et le renvoyer  
accompagné d'un chèque à l'ordre de  
"Marseille Centrafrique Solidarité"

### BULLETIN DE SOUTIEN ET D'ADHESION\*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

Tél. : ..... Mail : .....

Je souhaite soutenir les actions de l'association

**MARSEILLE CENTRAFRIQUE SOLIDARITE** par un don de :

20€    30€    60€    100€    Autre montant : .....

et je suis considéré comme adhérent\*\* !! (Non, je ne souhaite pas adhérer )

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

\*\*Permet de recevoir régulièrement des nouvelles de nos projets ...

*\*Vous pouvez bénéficier d'une déduction fiscale de 66% du montant de vos dons, dans la limite de 20% de vos revenus imposables. Un reçu fiscal vous sera adressé en temps voulu.*

Marseille Centrafrique Solidarité – BP 40033 - 13381 Marseille Cedex 13

Tél.: 06.31.40.65.24 (Michel Moulin)

SIRET : 494 465 651 00029 EMail : [contact@mcsolidarite.fr](mailto:contact@mcsolidarite.fr) Net : [www.mcsolidarite.fr](http://www.mcsolidarite.fr)



# BULLETIN DE PARRAINAGE



## A compléter et à renvoyer en entier !!

- Je choisis de parrainer (ne rien cocher si indifférent)
- les projets de Niakari** (école primaire centre de santé, coopérative agricole, ...)
  - Le foyer de Bimbo pour orphelines**

- Je vous donne mon accord pour effectuer des prélèvements automatiques mensuels de .....€\* (10 € min.) pour une durée minimum d'un an (*Vous restez libre par la suite d'interrompre vos prélèvements, à tout moment, sans formalité, par simple courrier adressé à MCS avant le 20 du mois.*)

*\*Vous pouvez bénéficier d'une déduction fiscale de 66% du montant de vos dons, dans la limite de 20% de vos revenus imposables. Un reçu fiscal vous sera adressé en temps voulu*

- Je demande à ce que mon premier prélèvement automatique débute le 20 du mois de .....
- Je vous donne mes coordonnées (facultatif) : Tél.:.....  
(souhaité) : Mail : .....

 <b>Mandat de prélèvement</b>	<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) _____ à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de _____</p> <p>Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>	<p>Marseille Centrafrique Solidarité – SIRET 49446565100029</p> <p>Marseille Centrafrique Solidarité</p> 																				
Référence unique du mandat : _____ <b>Débiteur :</b> Votre Nom _____ Votre Adresse _____ Code postal _____ Ville _____ Pays _____	Identifiant créancier SEPA : <b>FR69ZZZ515778</b> <b>Créancier :</b> Nom _____ Adresse _____ Code postal _____ Ville _____ Pays _____																					
IBAN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> BIC <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Tiers débiteur _____																					Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel Tiers créancier _____	
A : _____	Le : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					
Signature :	Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. <p style="text-align: center;"><b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b></p>																					