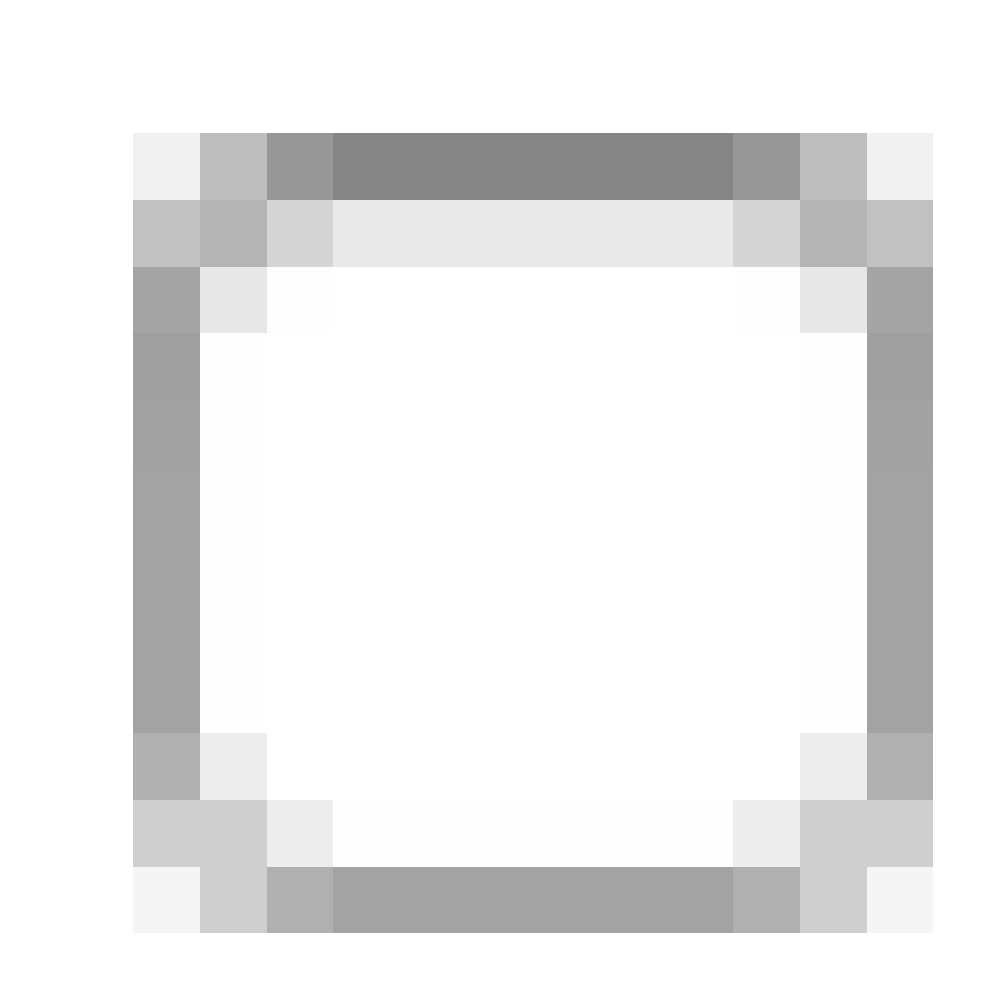
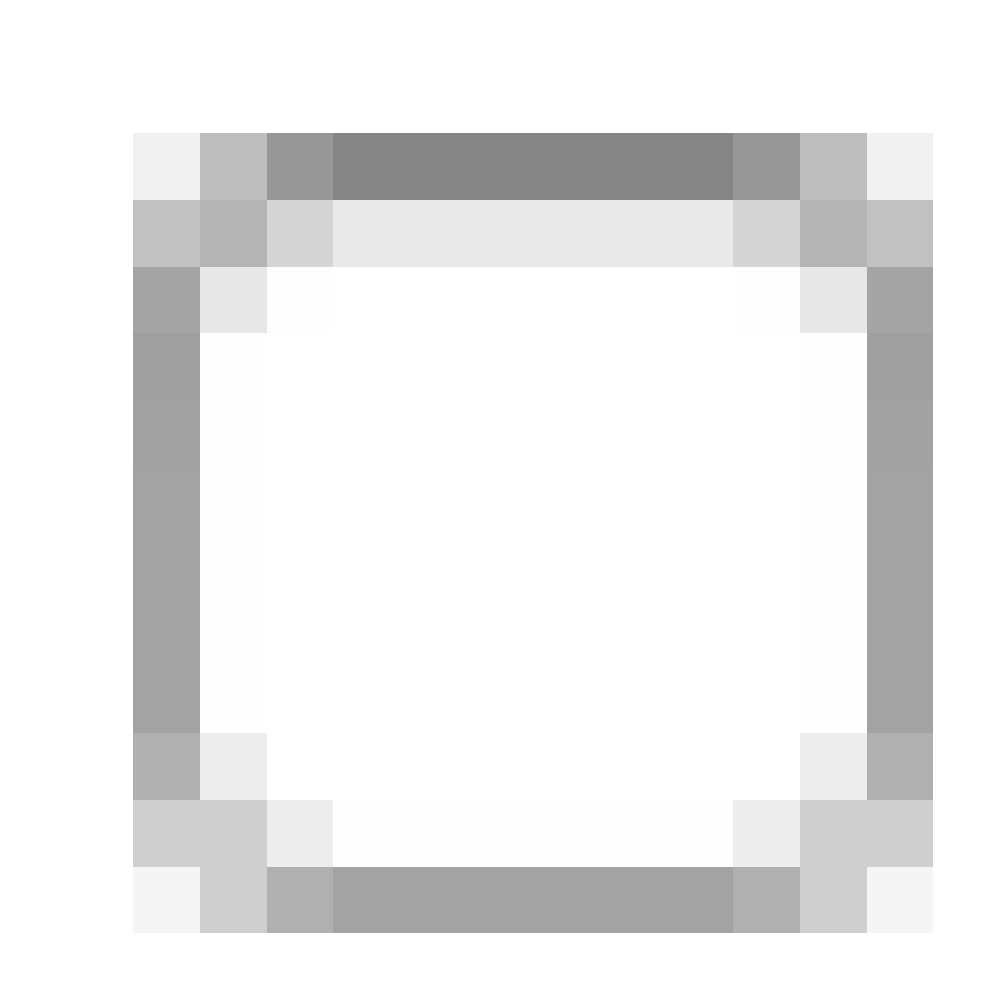
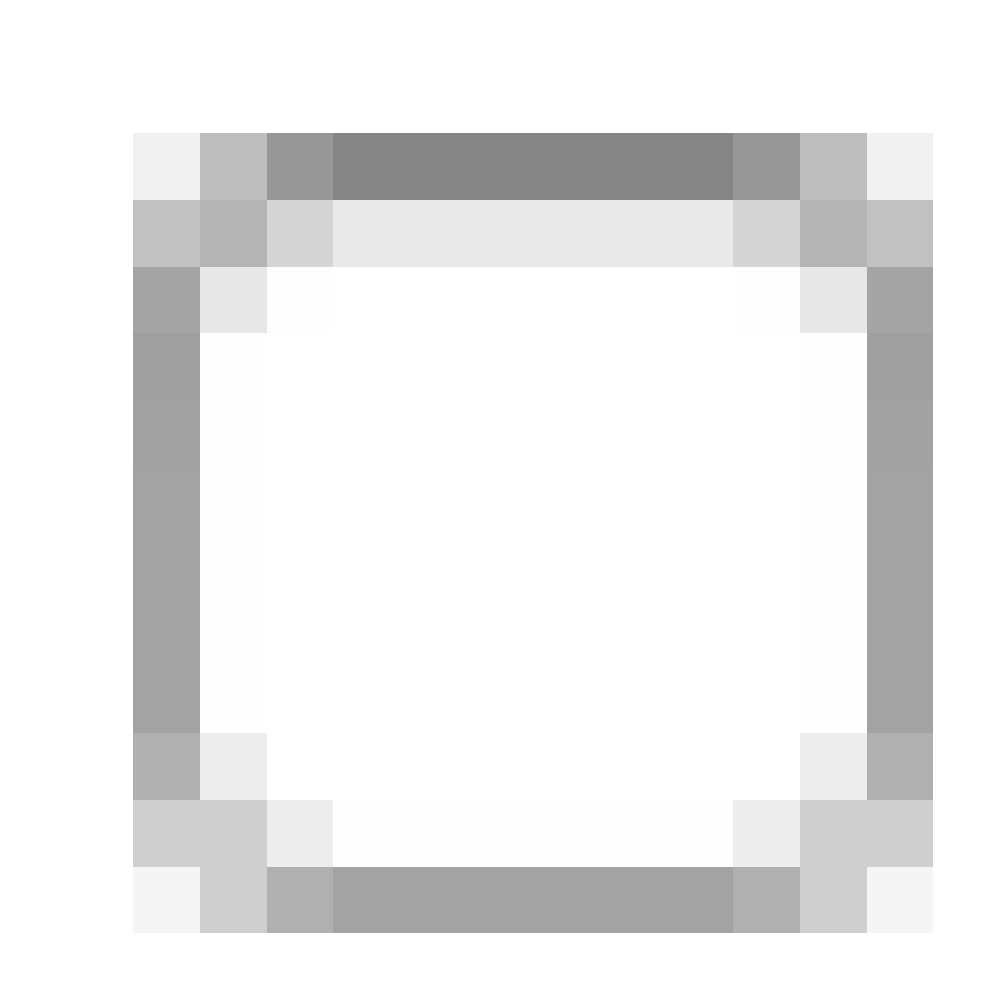
FORMULAIRE DE PARRAINAGE

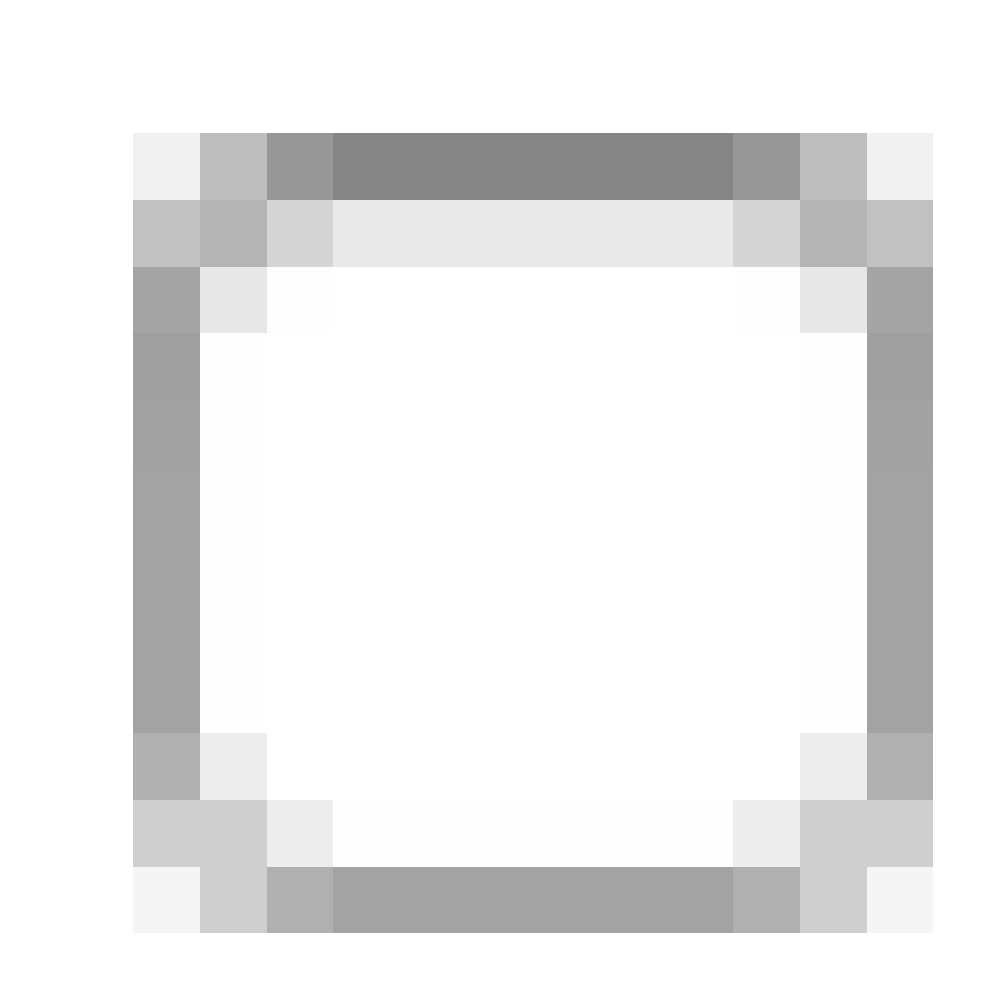
(vous pouvez remplir et imprimer ce formulaire grâce à Acrobat Reader version gratuite)

Je désire parrainer Ecuasol et ainsi offrir un futur meilleur aux enfants d’Equateur. J’autorise l’association International Impact à prélever les montants ci-dessous sur mon compte bancaire :

 Parrainage collectif : 36 € par mois soit 9 € après défiscalisation. J’aide ainsi à garantir le fonctionnement optimal de la fondation et à c ouvrir les dépenses communes à tous les enfants de manière égale**. Autre montant choisi : \_\_\_\_\_\_\_€ par mois**

 Parrainage individuel d’un enfant : 36 € par mois. J’établis une correspondance particulière avec un enfant et m’engage à le suivre tout au long de ses études. J’entretiens une relation épistolaire d’au moins 4 lettres par an. **Autre montant choisi : \_\_\_\_\_\_\_€** (le coût de la scolarité d’un enfant est d’environ 60 €/mois)

 Don ponctuel : \_\_\_\_\_\_€ [via Hello Asso](https://www.helloasso.com/associations/international-impact/formulaires/2?swcfpc=1) [(cliquez ici).](https://www.helloasso.com/associations/international-impact/formulaires/2?swcfpc=1) J’aide Ecuasol à hauteur de mes moyens. Je sais que je peux déduire 75% de cette somme de mes impôts (dans la limite de 1 000 €, 66% au-delà). Si vous choisissez cette option, il n’est pas nécessaire de remplir le formulaire SEPA.

Adhésion annuelle : 24 € par an/individu. Je deviens membre de l’ONG International Impact et m’intéresse à l’ensemble de ses actions dans le Monde. Je suis invité à l’Assemblée Générale Annuelle.

A envoyer par mail à [contact@international-impact.com](mailto:contact@international-impact.com), ou International Impact/Ecuasol ; 14 rue de Montigny, 95220 Herblay. À tout moment, je pourrai demander la fin de mon parrainage/adhésion par simple mail.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mandat de prélèvement SEPA** | | En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) | | | | | International Impact | | | | |  |  |
| à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte | | | | | | | | | |
| conformément aux instructions de | | | | International Impact | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | |
| Référence unique du mandat (rempli par International Impact ): | | | |  | | | Identifiant créancier SEPA : | | | FR02ZZZ83731B | | |
| **Débiteur (à remplir par vous) :** | | | | | | | **Créancier :** | | | | | |
| Votre Nom |  | | | | | | Nom | International Impact | | | | |
| Votre Adresse |  | | | | | | Adresse | 14 rue de Montigny | | | | |
|  |  | | | | | |  |  | | | | |
| Code postal |  | | Ville | |  | | Code postal | 95220 | Ville | | Herblay | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Pays |  | Pays | FRANCE | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  |  |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BIC |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | | | | | Paiement : | | | | | | | | | X | | | Récurrent/Répétitif | | | | | | | | | | | |
| Tiers débiteur |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tiers créancier | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| A : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Le : | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Signature : (vous pouvez signer ce document sans l’imprimer grâce à Acrobat Reader version gratuite) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.  **Veuillez compléter tous les champs du mandat.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n’être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l’exercice par ce dernier de ses droits d’oppositions, d’accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |