

## Demande de prélèvement

Pour recevoir votre reçu fiscal <sup>1</sup> et les informations de la SFAP,  
imprimez et renvoyez cette demande de prélèvement accompagnée d'un RIB à :  
**SFAP 106, avenue Emile Zola, 75015 PARIS**

☐ Je m'engage à soutenir la SFAP pour aider le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement régulièrement par prélèvement automatique (formule plus économique en frais de gestion)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever :

Le 5 de chaque : ☐ mois ☐ trimestre ☐ année

Je demande que le prélèvement débute le 5 du mois de : \_\_\_\_\_

Pour un montant de :

☐ 10 €

☐ 20 €

☐ 30 €

☐ 50 €

☐ 100 €

Autre montant : \_\_\_\_\_ €

### AUTORISATION DE PRELEVEMENT PERMANENT

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, la somme correspondant à mon soutien, ordonnée par la SFAP. Je pourrai faire suspendre l'exécution par simple lettre adressée à la SFAP. Je pourrai également, en faire suspendre l'exécution, à tout moment, par simple demande à l'établissement teneur de mon compte.

#### Titulaire du compte à débiter

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Compte à débiter

Etablissement : \_\_\_\_\_

Gibet : \_\_\_\_\_

N° du compte à débiter : \_\_\_\_\_

Clé : \_\_\_\_\_

#### Nom et adresse du créancier

**SFAP**  
**106 avenue Emile Zola**  
**75015 Paris**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 200\_\_

Signature

Pour toute demande d'information, contactez-nous au 01 45 75 43 86

<sup>1</sup> Votre réduction d'impôts sera de 66 % de votre don, dans la limite de 20 % de votre revenu imposable (dons aux organismes d'aide aux personnes en difficulté). Le reçu fiscal que vous recevrez prochainement devra être joint à votre déclaration d'impôt.