



Première association au Monde dédiée à la Recherche sur la Trisomie 21. Grâce à vos dons nous soutenons des programmes de recherche, des bourses et thèses pour des étudiants qui ont permis de mener leurs travaux à des essais cliniques. Association reconnue d'Intérêt Général, nous pouvons faire des reçus aux foyers fiscaux soumis à l'Impôt sur la Fortune Immobilière (IFI).

66 % De réduction Fiscale

En soutenant l'AFRT, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt égale à 66 % du montant de votre don dans la limite de 20 % du montant imposable.

OUI, je vous renouvelle mon soutien pour encourager

Ainsi par exemple

vos actions de recherches par mon adhésion et/ou un don de

Votre don de Vous revient

40€ 50€ 60€ 75 € Montant minimum de

Autre montant (préciser).....€ **L'adhésion : 40€**

100€

-66 %

34€

Veuillez trouver ci-joint mon versement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'AFRT.

Pour bénéficier de cet avantage sur vos impôts envoyez-nous votre don avant le 31 décembre.

En remerciement de mon soutien, je recevrais les Nouvelles du Chromosome 21.

Mes coordonnées

Association Reconnue d'Intérêt général

Civilité : M

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel : @ Tél : Mobile

Mon mandat de prélèvement

Paiement mensuel

Autre : Montant :

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA FR25ZZZ650527
Désignation du créancier :
AFRT
Université Paris Cité - Case 7088
5 Rue Thomas MANN - 75205 Paris cedex 13

Mandat de prélèvement

SEPA



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFRT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFRT. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre banque. Vous pouvez suspendre l'exécution de ce prélèvement par simple demande écrite à l'association, signée au plus tard le 20 du mois précédent.

Nom, Prénom et adresse du débiteur

Nom :
Prénom :
Adresse :
CP : Ville :

Désignation du compte à débiter

||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| |||||

AN – Numéro d'identification international du compte bancaire*

||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| ||||| |||||

BIC – Code International d'identification de votre banque*.....* Champs obligatoires

Fait à *

Merci de joindre un RIB

Signature * :

Le *