ODP
ŒUVRE DES PUPILLES ORPHELINS ET FONDS D'ENTRAIDE DES SAPEURS-POMPIERS DE FRANCE

BON DE SOUTIEN

pour les sapeurs-pompiers et leurs orphelins

A compléter et à renvoyer avec votre chèque ou votre autorisation de soutien régulier, dans l'enveloppe réponse ci-jointe, sans l'affranchir.

☐ **OUI,** je veux soutenir les actions de l'ODP

☐ **Je vous adresse, par chèque, un don de :**

☐ 15 € ☐ 20 € ☐ 30 €
☐ 40 € ☐ 50 € ☐ 80 €
☐ Autre montant au choix _____ €

> Je libelle mon chèque à l'ordre de l'ODP

☐ **Je préfère vous apporter un soutien régulier tout au long de l'année en versant :**

☐ **Chaque mois** ☐ 3 € ☐ 5 € ☐ 10 €
☐ Autre montant _____ €

☐ **Chaque trimestre** ☐ 9 € ☐ 15 € ☐ 30 €
☐ Autre montant _____ €

> Je remplis le dos de ce Bon de soutien et joins un RIB (Relevé d'Identité Bancaire).

VOS DONS À L'ODP
vous ouvrent droit à une réduction fiscale de 66%

Œuvre des Pupilles Orphelins et Fonds d'Entraide des Sapeurs Pompiers de France
N° ICS : FR26222598962
32, rue Briguet, 75011 Paris

Mandat de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Œuvre des Pupilles Orphelins et Fonds d'Entraide des Sapeurs Pompiers de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Œuvre des Pupilles Orphelins et Fonds d'Entraide des Sapeurs Pompiers de France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR	DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ _____ Code Postal : |_|_|_|_|_| Ville : _____	|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_| IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| BIC - Code international d'identification de votre banque

TYPE DE PAIEMENT

☐ Paiement récurrent / répétitif conformément à votre souhait (voir au recto).

Fait à : _____
Le : _____

Signature :

Note : Vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, 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'opposition, d'accès et de rectification tels que 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.

Merci de votre soutien