APF
Association des Paralysés de France
Reconnue d'utilité publique

CHAQUE MOIS, CONSTRUISONS ENSEMBLE UNE SOCIÉTÉ ACCESSIBLE À TOUS !

Les avantages de votre accompagnement régulier

POUR VOUS

- ➔ Vous donnez 10 € par mois et vous êtes libre de modifier ou suspendre ce prélèvement par simple lettre à l'APF.
- ➔ Vous bénéficiez d'une réduction fiscale de 66 %.
- ➔ Votre soutien de 10 € vous revient en réalité à 3,40 € par mois !
- ➔ Vous ne recevez plus nos courriers d'appel à don, mais uniquement votre journal d'information (si vous ne le souhaitez pas, cochez alors la case correspondante dans le bulletin ci-joint).
- ➔ Vos coordonnées ne sont pas communiquées à d'autres organismes et restent confidentielles.

POUR L'APF

- ➔ Vous permettez à l'APF d'affecter plus d'argent à ses actions en limitant les frais d'appel à don.
- ➔ Grâce à la régularité de votre soutien, vous permettez à l'APF d'inscrire ses actions dans la durée.

Merci de votre confiance.

VOUS DONNEZ AUX PERSONNES HANDICAPÉES LES MOYENS DE SE CONSTRUIRE UN AVENIR DIGNE ET AUTONOME.

APF
Association des Paralysés de France
Reconnue d'utilité publique

Agissez dès aujourd'hui pour construire une société ouverte à tous : choisissez le soutien régulier ! D'avance merci.

BON DE SOUTIEN RÉGULIER

APF
Association des Paralysés de France
Reconnue d'utilité publique

OUI, je souhaite soutenir régulièrement les actions de l'APF en faveur des personnes en situation de handicap de mon département. J'autorise pour cela l'établissement teneur de mon compte à prélever sur celui-ci la somme de :

☐ **10 €** par mois ☐ **12 €** par mois

☐ **15 €** par mois ☐ Autre montant ..... € par mois

10 €/mois
POUR CONSTRUIRE
UNE SOCIÉTÉ OUVERTE À TOUS

E-mail : .....@.....

☐ *Je ne souhaite pas recevoir le journal d'information de l'APF.*

Joignez un relevé d'identité bancaire ou postal (R.I.B. ou R.I.P.)

DDMAND13

À RENVOYER DANS L'ENVELOPPE-RÉPONSE JOINTE OU SOUS ENVELOPPE NON AFFRANCHIE À :
APF - Libre réponse 54/90 - 75642 Paris Cedex

À REMPLIR AU VERSO

Chaque mois, construisons ensemble une société ouverte à tous

Pour les personnes en situation de handicap, acquérir sa propre autonomie est un combat de tous les instants. Vivre comme « tout le monde », voilà le souhait de ces enfants et adultes ainsi que leurs proches.

C'est pourquoi l'Association des Paralysés de France œuvre chaque jour, dans chaque département, pour défendre leur accès aux droits fondamentaux - le droit à l'éducation, au travail, à la santé, et le droit de circuler librement...

Grâce à votre soutien mensuel, vous nous aidez à construire jour après jour une société et un environnement accessible à tous.

L'APF agit au quotidien pour construire une société ouverte à tous.

ÉDUCATION — L'APF agit pour que chaque élève bénéficie d'une scolarisation adaptée quel que soit son handicap.

SANTÉ — L'APF se bat pour que chacun accède aux soins adaptés à ses besoins.

EMPLOI — L'APF facilite l'insertion professionnelle.

VIE SOCIALE — L'APF lutte contre l'isolement en proposant des activités, des sorties et des vacances.

ACCESSIBILITÉ — L'APF s'implique pour rendre accessibles les espaces de vie : la ville, les transports, les écoles, les commerces...

Découvrez tous les avantages de votre accompagnement régulier ! (voir au verso)

Pour agir aux côtés de l'APF dans votre département, merci de renvoyer le bulletin ci-dessous avec votre relevé d'identité bancaire.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

APF Association des Paralysés de France
Reconnue d'utilité publique

Partie réservée à l'APF

N° RUM : _____

MES COORDONNÉES

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

.....

_____ Ville ..... Pays .....

Code postal

LES COORDONNÉES DE MON COMPTE

_____ _____ _____ _____ _____ _____

NUMÉRO INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION BANCAIRE (IBAN)

_____

CODE INTERNATIONAL D'IDENTIFICATION DE MA BANQUE (BIC)

Fait à ..... Le...../...../.....

SIGNATURE

NOM DU BÉNÉFICIAIRE

Association des Paralysés de France
n° ICS : FR82ZZZ329983
17, bd Auguste Blanqui
75013 Paris - France

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent

En signant ce mandat, vous autorisez l'Association des Paralysés de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions données sur ce mandat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque, selon les conditions écrites 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 le prélèvement autorisé.

***NOTE :** vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.*

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données vous concernant, en vous adressant directement au siège de l'APF.

DON en CONFIANCE www.leafdonorhub.org

DÉDUCTION FISCALE 66 %
10 € par mois ne vous coûtent en réalité que 3,40 €. Nous vous enverrons un reçu fiscal.

Service donateurs – Tél. 01 40 78 27 08 – E-mail : accueil.donateurs@apf.asso.fr