



BON DE SOUTIEN PONCTUEL

Merci pour votre geste de générosité !

66 %
DE DÉDUCTION
FISCALE

À renvoyer à cette adresse dans une enveloppe timbrée, avec votre chèque à l'ordre d'Orphéopolis :
Orphéopolis 44 rue Roger-Salengro, 94126 Fontenay-sous-Bois.

OUI, je soutiens les orphelins de la Police nationale
dans leur reconstruction. **Je fais un don de :**

60 € 80 € 100 €
 150 € Autre montant : _____ €

Les données recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par Orphéopolis. Elles sont destinées au service Dons et aux tiers mandatés par Orphéopolis, à des fins de gestion interne, d'envoi de votre reçu fiscal, pour répondre à vos demandes ou faire appel à votre générosité. Ces données sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées. Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous pouvez vous opposer à leur utilisation et vous disposez d'un droit d'accès pour leur rectification, limitation, portabilité ou effacement. Pour cela contactez notre service Relation Donateurs - Orphéopolis, 44 rue Roger Salengro 94126 Fontenay-sous-Bois Cedex. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vos coordonnées peuvent être communiquées à d'autres organismes ou associations faisant appel à la générosité du public, sauf avis contraire de votre part en cochant la case ci-contre

Civilité : Mme M.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Date : _____ Fait à :

Signature :



Orpheopolis



BON DE SOUTIEN RÉGULIER

pour les orphelins de la Police nationale

66 %
DE DÉDUCTION
FISCALE

À renvoyer à cette adresse dans une enveloppe timbrée, avec votre R.I.B (Relevé d'identité bancaire) :
Orphéopolis 44 rue Roger-Salengro, 94126 Fontenay-sous-Bois

POUR LES ORPHELINS DE POLICIERS, JE VEUX ALLER + LOIN !

Je choisis le soutien régulier par prélèvement automatique et je deviens « Parent de Cœur ».

Je veux donner chaque mois : 8 € 12 € 20 € 30 € Autre montant : _____ €
Le prélèvement sera effectué le 10 de chaque mois.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT RÉGULIER

Coordonnées :

Civilité : Mme M.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Date : _____ Fait à :

Signature :

NOM DU BÉNÉFICIAIRE

Orphéopolis
Identifiant Créancier SEPA : FR13ZZ635223
44, rue Roger Salengro - 94126 Fontenay-sous-Bois Cedex - France

TYPE DE PAIEMENT

En signant ce mandat, vous autorisez Orphéopolis 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.



Orpheopolis