



**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.**

**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.

Association reconnue d'Intérêt Général, nous pouvons faire des reçus aux foyers fiscaux soumis à l'Impôt sur la Fortune Immobilière (IFI).

**OUI**, je vous renouvelle mon soutien pour encourager vos actions de recherches par mon adhésion et/ou un don de

**Ainsi par exemple**

**Votre don de**      **Vous revient à :**

40 €    50 €    60 €    75 €

Montant minimum de l'adhésion : 40€



Autre montant (préciser).....€

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

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

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

**Mes coordonnées**

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 Diderot-Bâtiment Lamarck Case 7088  
 35 Rue Hélène Brion 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**

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

IBAN – 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 \*