



<https://fr.kampucheeselahandicap.org>

អង្គការ ជនមានពិការភាព សិលា កម្ពុជា

KAMPUCHEA SELA HANDICAP ASSOCIATION

394 CHE DE SOUSSOUMIER
L'ISLE-SUR-LA-SORGUE, 84800
FRANCE

Tel: +33 (0) 6 95 14 98 48
marie.chetcuti@gmail.com

BULLETIN D'ADHESION ET/OU DE PARRAINAGE/DONATION A L'ASSOCIATION KAMPUCHEA SELA HANDICAP

(A retourner à : K.S.H 394 ch.Soussoumier, 84800 Isle sur la Sorgue, France)

M. Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays : Tél :

Email :

Le coût de prise en charge tout inclus d'un de nos résidents est de 217 €/mois (soit 7 euros/jour)

Exemple : Soutenir un de nos résidents 6 jours/mois vous coûte 14,00 € après déduction fiscale

7 € x 6 jours = 42 € BRUT/mois

Montant du parrainage après déduction fiscale (66%) = 14,00 €/mois

Souhaite adhérer à l'association « Kampuchea Sela Handicap » et verse à ce titre une cotisation annuelle de **10,00€**

Souhaite contribuer au parrainage d'un de nos résidents en situation de handicap à hauteur de : **30,00 €/mois**

(10,20 €/mois après déduction fiscale par un crédit d'impôts de 66%)

Souhaite contribuer au parrainage d'un de nos résidents en situation de handicap à hauteur de : **40,00 €/mois**

(13,60 €/mois après déduction fiscale par un crédit d'impôts de 66%)

Souhaite contribuer au parrainage d'un de nos résidents en situation de handicap à hauteur de : **_____ €/mois**

Une autorisation de virement permanent sera envoyée et devra-nous être retournée afin de procéder au prélèvement mensuel.

(Cette adhésion et ce parrainage bénéficient de 66% de réduction fiscale par un crédit d'impôts)

Je suis déjà parrain, je désire changer le montant de mon prélèvement :

Actuellement prélevé d'un montant de : **_____ €**, je souhaite être dès maintenant prélevé d'un montant de : **_____ €**

(Ce don bénéficie de 66% de réduction fiscale par un crédit d'impôts)

Ne souhaite pas adhérer, parrainer mais verse un don ponctuel pour un montant de : **_____ €**

(Ce don bénéficie de 66% de réduction fiscale par un crédit d'impôts)

Chèque ou espèce à envoyer à : K.S.H, 394 chemin Soussoumier, 84800 Isle sur la Sorgue. (A L'ordre de K.S.H)

MON AVANTAGE FISCAL : 66% DE MES DON S ET PARRAINAGES A K.S.H SONT DEDUCTIBLES DE MON IMPOT SUR LE REVENU, DANS LA LIMITE DE 20% DE MON REVENU IMPOSABLE.

JE RECEVRAI UN RECU FISCAL DES RECEPTION DE MON DON A, K.S.H

JE RECEVRAI EGALEMENT LA LETTRE D'INFORMATION (NEWSLETTER) DE K.S.H PAR COURRIEL

Ordre de virement permanent sans date d'arrêt (à adresser à sa banque)

Je, soussigné (nom prénom) :

Demeurant à :

Titulaire du compte N° :

Banque	Guichet	N° de compte	Clé RIB
.....

Banque (nom et adresse) :

Donne consigne d'effectuer un :

**virement permanent sans date d'arrêt le de chaque mois
pour un montant de :**

.....euros (en chiffres)

.....(en lettres)

Au profit de :

ASSOCIATION KAMPUCHEA SELA HANDICAP, 394 chemin Soussoumier, 84800 ISLE sur la Sorgue

Compte Société Générale de l'Isle sur la Sorgue (84800)

Banque	Guichet	N° de compte	Clé RIB
30003	00238	00037272016	88

Identification internationale (IBAN) :

IBAN FR76 3000 3002 3800 0372 7201 688

Identification internationale de la banque (BIC) :

SOGEFRPP

Ce virement permanent prend effet à compter du :

Et prendra fin sur consigne de ma part par lettre simple vous étant adressée.

Fait à :, le :/...../.....

Signature



<https://fr.kampucheaselahandicap.org>

អង្គការ ជនមានពិការភាព សិលា កម្ពុជា

KAMPUCHEA SELA HANDICAP ASSOCIATION

394 CHE DE SOUSSOUMIER
L'ISLE-SUR-LA-SORGUE, 84800
FRANCE

Tel: +33 (0) 6 95 14 98 48
marie.chetcuti@gmail.com

SPONSORSHIP/DONATION FORM TO THE NGO KAMPUCHEA SĒLA HANDICAP

(Return to : K.S.H 394 ch.Soussoumier, 84800 Isle sur la Sorgue, France OR by email to : marie.chetcuti@gmail.com)

Mr. Miss Ms

Name :

First name :

Address :

Postal code:City

Country : Tel :

Email :

The cost of all-inclusive care for one of our residents is 248 \$/month (8 US \$/day).

Example :

8 \$ x 6 days = 48 \$/month

Would like to contribute to the sponsorship of one resident in disability situation, to the amount of : **30,00 \$/month**

Would like to contribute to the sponsorship of one resident in disability situation, to the amount of : **40,00 \$/month**

Would like to contribute to the sponsorship of resident in disability situation, to the amount of : _____ \$/month

A standing order authorization will be sent and must be returned to us in order to proceed with the monthly withdrawal.

Does not wish to become a sponsor but makes a one-time donation of : _____ \$ /month

I WILL RECEIVE A RECEIPT FOR MY DONATION TO K.S.H

I WILL ALSO RECEIVE THE K.S.H NEWSLETTER BY EMAIL.

Standing order without stop date (to be sent to your bank)

I, the undersigned (surname first name) :

Remaining at :

Account holder N° :

Bank	Counter	Account number	GNI Key
------	---------	----------------	---------

.....
-------	-------	-------	-------

Bank (name and address) :

.....
.....

Instructs you to perform a :

**standing order with no stop date on : of each month
for an amount of :**

..... EUROS (in figures)

.....
...(in letters)

For the benefit of :

ASSOCIATION KAMPUCHEA SELA HANDICAP, 394 chemin Soussoumier, 84800 ISLE sur la Sorgue, FRANCE

Bank Account Société Générale at l'Isle sur la Sorgue (84800)

Bank	Counter	Account N°	GNI Key
30003	00238	00037272016	88

(IBAN) :

IBAN FR76 3000 3002 3800 0372 7201 688

International Bank Identification (IBI) :

SOGEFRPP

This standing order takes effect as of:

And will end on my instruction by a simple letter addressed to you.

Done at :, on:/.....

Signature