



**OUI, JE VEUX SOUTENIR DANS LA DURÉE  
SO.A.MAD POUR SES ACTIONS**

**Je fais un versement régulier**

par prélèvement automatique mensuel de:

- 10 €     15 €     Selon mes possibilités:  
 30 €     50 €    ..... €

**BON À RETOURNER AVEC VOTRE DON À**

**ASSOCIATION SO.A.MAD**

**RÉSIDENCE EXCELSIOR-MGEN TROIS EPIS**

**68410 AMMERSCHWIHR**

Association bénéficiaire:

**Mes coordonnées personnelles**

NOM .....

PRÉNOM .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....

VILLE .....

DATE ET SIGNATURE



Compte à débiter

IBAN

BIC

**MERCI DE VOTRE SOUTIEN À NOS ACTIONS**

**VOUS RECEVREZ UN REÇU FISCAL DANS LES MOIS À VENIR**