

BON DE SOUTIEN

POUR SUIVRE LA RECHERCHE MÉDICALE
SUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER DU PANCRÉAS

OUI, je soutiens la Fondation Hôpital Saint Joseph* en faisant un don de :

- ☐ 20 € ☐ 35 € ☐ 50 €
☐ 100 € ☐ Autres : _____

OUI, je souhaite devenir ami bienfaiteur de la Fondation Hôpital Saint Joseph en faisant un don exceptionnel de :

- ☐ 500 € ☐ 1000 € ☐ Autres : _____

DÉDUCTION FISCALE

La Fondation Hôpital Saint Joseph, Reconnue d'Utilité Publique, permet de bénéficier d'une **réduction d'impôt de 66% dans la limite de 20 % du revenu imposable et de 75% pour l'IFI** (Impôt sur la Fortune Immobilière). Pour tout don, la Fondation vous adressera un reçu fiscal.

Par exemple, votre don est de 100 €, la réduction d'impôt est de 66€, le coût réel pour vous est de 34€.

Malgré les précautions que nous prenons, il peut arriver que vous receviez plusieurs bulletins. Pour éviter ce genre de désagrément, merci de nous retourner les différents bons de soutien en précisant la seule adresse correcte.



La Fondation Hôpital Saint Joseph est agréée par le Don en Confiance depuis juillet 2012.

La Fondation Hôpital Saint Joseph s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à tout autre organisme faisant appel à la générosité du public. Conformément à la loi, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition à l'utilisation de vos données. Pour faire valoir vos droits, veuillez contacter la Fondation à l'adresse suivante : fondation@fondation-saint-joseph.fr ou par voie postale (26 bd de Louvain, 13285 Marseille Cedex 08).

* Les besoins de financement soulignés dans cet appel peuvent évoluer. C'est pourquoi les dons confiés à la Fondation Hôpital Saint Joseph sont mutualisés pour répondre à ses missions prioritaires.

** « Single Euro Payments Area » ou Espace unique de paiement en euros



PAR CB VIA LE SITE INTERNET

www.fondation-saint-joseph.fr | Rubrique « Faire un don »
Paiement écoresponsable et 100% sécurisé.



PAR CHÈQUE

Merci d'établir votre chèque à l'ordre de :
Fondation Hôpital Saint Joseph.
Renvoyez-le en utilisant l'enveloppe déjà timbrée ci-jointe



PAR MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA**

Complétez le verso de ce bulletin



AUTORISATION DE MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA AUTOMATIQUE

OUI, j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier le montant de prélèvements SEPA en faveur de la Fondation Hôpital Saint Joseph. Je vous demande de faire apparaître mes prélèvements SEPA sur mes extraits de compte habituels. Le prélèvement peut-être interrompu à tout moment.

☐ 10 € ☐ 20 € ☐ 30 €
☐ 50 € ☐ 100 € ☐ Autres : _____

Fréquence de mes prélèvements

☐ Mensuelle ☐ Trimestrielle ☐ Annuelle

Date : ____ / ____ / ____ **Signature (obligatoire) :**

INTITULÉ DU COMPTE

Établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

Code IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Important : autorisation à retourner avec un RIB, dans l'enveloppe déjà timbrée ci-jointe.

Code BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COORDONNÉES DE LA FONDATION

Fondation Hôpital Saint Joseph
26 bd de Louvain, 13285 Marseille Cedex 08
Fondation Reconnue d'Utilité Publique
Tél : 04 91 80 70 00
Mail : fondation@fondation-hopital-saint-joseph.fr
Site internet : www.fondation-saint-joseph.fr

Identifiant Créancier Sepa (ISC) : FR 67 ZZZ 490885

Le prélèvement SEPA automatique, une meilleure formule :

- **Pour vous :** Une meilleure répartition sur votre budget et vous pouvez l'interrompre à tout moment.
- **Pour nous :** des ressources régulières et une gestion simplifiée de nos ressources.

VOS COORDONNÉES

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____