

Je soutiens dès à présent ...



Nom :

Prénom :

Entreprise :

Adresse :

..... Code postal :

Commune :

Téléphone :

E-Mail (pour recevoir votre reçu fiscale) :

Je fais un don de :

- € (selon mes moyens)
- 50€ revient à **17€** avec **33€** de déduction fiscale soit **5 enfants visités.**
- 70 € revient à **24€** avec **46€** de déduction fiscale soit **7 enfants visités.**
- 100€ revient à **34€** avec **66€** de déduction fiscale soit **10 enfants visités.**
- 200€ revient à **68€** avec **132€** de déduction fiscale soit **20 enfants visités.**

Je désire que mon don soit affecté sur l'établissement de :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Brest | <input type="checkbox"/> Pontivy | <input type="checkbox"/> Vannes |
| <input type="checkbox"/> Eugène Marquis (<i>Rennes</i>) | <input type="checkbox"/> Quimper | <input type="checkbox"/> EEAP - E.Zucman |
| <input type="checkbox"/> Lannion | <input type="checkbox"/> Saint-Brieuc | <input type="checkbox"/> CRF - Ty-Yann |
| <input type="checkbox"/> Lorient | <input type="checkbox"/> Saint-Malo | <input type="checkbox"/> CRF - Perharidy |
| <input type="checkbox"/> Morlaix | <input type="checkbox"/> Saint-Nazaire | <input type="checkbox"/> CRF - Trestel |

Merci d'envoyer ce formulaire ainsi que votre règlement au siège régional :

Association Rêves De Clown • 50 rue Braille • 56100 LORIENT

Transformez votre don en sourires ...

L'association, loi 1901, conserve ces données pour son usage interne et ne les transmet à aucun tiers. Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/78, vous pouvez avoir connaissance par écrit des informations qui vous concernent dans notre fichier et demander leur éventuelle rectification.

