

**VOUS PENSEZ QUE TOUT LE MONDE A DROIT À LA SANTÉ, À L'EAU POTABLE,
À DES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉCENTES, À UN LOGEMENT DIGNE ?**

**VOUS DÉSIREZ AUSSI SOUTENIR FINANCIÈREMENT CETTE LUTTE ?
DEVENEZ ALLIÉ.E DE VIVA SALUD**



5 BONNES RAISONS POUR DEVENIR ALLIÉ.E DE VIVA SALUD

1. Vous apportez une contribution structurelle à la lutte pour le droit à la santé.
2. Vous nous aidez à planifier nos projets à long terme parce que chaque mois nous pouvons compter sur votre soutien.
3. Vous choisissez vous-même quand vous commencez, combien vous allez verser mensuellement, et vous êtes libre d'interrompre ou d'arrêter vos versements si vous le souhaitez.
4. Vous recevez une attestation fiscale qui vous permet de bénéficier d'une réduction d'impôt de 45% de votre don (à condition de verser minimum 40 euros par an).
5. Vous êtes tenu au courant des actions de VIVA SALUD via son magazine trimestriel qui vous sera envoyé par la poste ou par mail.



www.vivasalud.be
Chaussée de Haecht 53 – 1210 Bruxelles
02 209 23 65 – info@vivasalud.be

 **viva salud**
Samen strijden voor gezondheid
Ensemble, luttons pour la santé



OUI! JE VEUX SOUTENIR VIVA SALUD SUR UNE BASE RÉGULIÈRE

Oui, j'autorise ma banque à verser **chaque mois** € sur le compte BE15 0010 4517 8030 de **VIVA SALUD**.

Cette domiciliation démarre en / (mm/aaaa).

Je souhaite que mon soutien soit versé: à **l'ONG Viva Salud et ses partenaires en général / un partenaire spécifique,**

à savoir

Si le total de mes dons atteint 40 € au cours de l'année civile, une attestation fiscale me sera envoyée automatiquement dans le courant de l'année suivante.

COORDONNÉES

Nom: M/F/X Date de naissance/...../.....

Rue/numéro.....

Code postal/ville..... Pays

IBAN ou numéro de compte..... BIC-code:

Tél:..... E-mail:

J'aimerais recevoir la newsletter mensuelle de Viva Salud: Oui / Non

J'aimerais recevoir le magazine trimestriel de Viva Salud: Oui / Non

J'aimerais recevoir des nouvelles ponctuelles plus personnalisées Oui / Non

Lieu + date.....

Signature



Je suis informé.e de pouvoir être remboursé.e. Et cela aux conditions d'enregistrement de mon contrat auprès de ma banque. Je dois soumettre ma demande de remboursement dans les 8 semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité de mon compte. Je peux cesser ou modifier cette domiciliation à tout moment en téléphonant à Viva Salud au 02 209 23 65. En signant ce formulaire de mandat, je permets à VIVA SALUD d'envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et j'autorise ma banque à retirer cette somme de mon compte conformément aux instructions de VIVA SALUD.

Mandat SEPA domiciliation européenne | ID créateur : BE66ZZZ0418282311 - Référence du mandat pour un prélèvement récurrent*

* à remplir par l'organisation