TRANSFERT PERMANENT au profit de l'asbl Le Souffle de Vie.

à compléter et à remettre à votre banque. MERCI

Numéro de compte IBAN **du donateur**:

Nom et prénom:

Rue / avenue, numéro:

Code postal: Commune:

Montant en euros:

Périodicité: *Cochez une des possibilités suivantes, s'il vous plait.*

mensuelle O bimensuelle O trimestrielle O

Date: Prière d'effectuer le transfert le ..... du mois.
Premier versement le ...../...../.....

Numéro de compte **du bénéficiaire**: *Cochez une des possibilités suivantes, s'il vous plait.*

O **sans** attestation fiscale: BE29 0682 0636 1564 du Souffle de Vie,
Avenue de Fré 204, 1180 Bruxelles

O **Avec attestation fiscale**: BE14 3100 7989 8683 de Caritas secours,
boulevard de l'Abattoir, 27-28, 1000 Bruxelles
avec en communication pour Caritas : *Projet 155*

Fait à ..... Le .....

Signature: