MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA EN FAVEUR DE DOULEURS SANS FRONTIERES

À compléter et à retourner ***accompagné de votre RIB imprimé***

OUI, je souhaite soutenir régulièrement vos actions à travers le monde pour lutter contre la douleur sous toutes ses formes. Je souscris à la formule du prélèvement automatique.
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever en faveur de DSF la somme de :

□ _____ € par mois (le 10 du mois)

□ Je préfère donner :_____ € □ par mois □ par trimestre □ Autre périodicité _____

BENEFICIAIRE :
DOULEURS SANS FRONTIERES
Identifiant Créancier SEPA : FR78ZZZ488165
Hôpital Lariboisière
2, rue Ambroise Paré
75475 Paris Cedex 10

De la part de :
NOM _____
PRENOM _____
ADRESSE _____
_____
_____
CP _____ VILLE _____

Type d'encaissement : récurrent
Référence Unique du Mandat* :
*Celle-ci me sera communiquée à l'enregistrement de mon mandat.

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER
Joignez un relevé d'identité bancaire (RIB)

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|
|_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATE : **SIGNATURE :**

66 % de mon don est déductible de l'impôt sur le revenu dans la limite de 20% du revenu imposable.
J'ai bien noté que je recevrai un reçu fiscal au premier trimestre de l'année prochaine (l'envoi des reçus est groupé pour des raisons d'économie).