# VOTRE BULLETIN DE SOUTIEN RÉGULIER

En attente de la mise en place du service en ligne, nous vous demandons de nous renvoyer par courrier, ce bulletin dûment complété et accompagné obligatoirement d'un RIB à l'adresse suivante:

Fonds de Dotation Marie Lannelongue - Service comptabilité
133, avenue de la Résistance – 92350 Le Plessis Robinson

❑ OUI, je souhaite soutenir régulièrement l'ensemble des activités de l'Hôpital Marie Lannelongue.

Vos coordonnées:

Nom: ……..
Prénom: ……
Adresse: ……
……
Code Postal: _ _ _ _ _
Ville: ……
Pays: ……
Email: ……..@.....

A compléter par Fonds de Dotation Marie Lannelongue:
RUM:

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA EN FAVEUR DU FONDS DE DOTATION MARIE LANNELONGUE

En signant ce formulaire mandat, vous autorisez le Fonds de Dotation Marie Lannelongue à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions du Fonds de Dotation Marie Lannelongue. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec eux. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte
ID CREANCIER SEPA: FR29ZZZ668885

Je précise le montant de mon don:

❑ 20€ ❑ 50€ ❑ 100€ ❑ 150€

❑ Autre montant : ……..€

Périodicité : ❑ Mensuelle ❑ Trimestrielle

Date du premier prélèvement: _ _/_ _/20_ _

Type d'encaissement: récurrent
Désignation du compte à débiter:

IBAN/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _ _/_ _ _/

BIC /_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _/

Signature, date, lieu (obligatoires):

Nom et adresse du créancier:
Fonds de Dotation Marie Lannelongue - Service comptabilité
133, avenue de la Résistance – 92350 Le Plessis Robinson