BULLETIN DE DON PONCTUEL

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
FONDATION POUR LA RECHERCHE

Je souhaite effectuer un don pour soutenir les équipes de l'AP-HP :

☐ Je joins mon règlement par chèque libellé à l'ordre de la **Fondation de l'AP-HP**

☐ J'effectue mon don en ligne sur le formulaire sécurisé : https://soutenir.fondationaphp.fr

☐ Je souhaite m'inscrire à la lettre bimestrielle de la Fondation de l'AP-HP envoyée par mail :

_____ @_____

VOS COORDONNEES :

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE_____

_____

_____

CODE POSTAL I__I__I__I__I__I

VILLE _____

Conformément à la règlementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données personnelles vous concernant en vous adressant à la Fondation par simple mail : contact.fondation-aphp@aphp.fr. Vos coordonnées ne font l'objet d'aucune communication extérieure.

✂----------

BULLETIN DE DON REGULIER

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
FONDATION POUR LA RECHERCHE

Je choisis le soutien régulier par prélèvement automatique pour apporter une aide durable aux équipes de l'AP-HP tout en restant libre de suspendre mon engagement. **Je choisis de donner chaque mois** :

Montant :_____ €

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Bénéficiaire : Fondation de l'AP-HP

N°ICS : FR97ZZZ837F95

VOS COORDONNEES

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE_____

_____

_____

CODE POSTAL I__I__I__I__I__I

VILLE _____

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN (International Bank Account Number)

I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I_I I_I_I_I

BIC (Bank Identifier Code)

I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Fait à* : _____ Le* : I_I_I / I_I_I / I_I_I

IMPORTANT :

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE VOTRE RIB

Signature*

* mentions obligatoires

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fondation de l'AP-HP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation de l'AP-HP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être adressée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Pour suspendre votre engagement, contactez-nous à contact.fondation-aphp@aphp.fr

Conformément à la règlementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données personnelles vous concernant en vous adressant à la Fondation par simple mail : contact.fondation-aphp@aphp.fr. Vos coordonnées ne font l'objet d'aucune communication extérieure.