

BON DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

OUI, je soutiens durablement le groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon

J'autorise Hospidon à envoyer à ma banque les instructions pour prélever mon compte de :

10€ 15€ 20€ 30€

Autre : €

Les prélèvements sont effectués le 15 de chaque mois. Un reçu fiscal récapitulatif de vos dons sera délivré en début d'année suivante.

MES COORDONNÉES

Nom, prénom :

Adresse :

E-mail :

Cette adresse mail nous permet de vous transmettre rapidement et à moindre coût votre reçu fiscal. Elle ne sera jamais communiquée à un tiers.

Conformément à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de modification des données vous concernant en vous adressant à la Direction du Groupe Hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, 18 rue du Sergent Bauchat, 75012 PARIS. e-mail : droitacces@hopital-dcss.org

Fait à :

Je signe :

Le :

Je joins à ce mandat mon Relevé d'Identité Bancaire, sur lequel figurent mes numéros IBAN et BIC.

Cadre réservé à Hospidon
Référence unique du mandat* :

*Celle-ci vous sera communiquée
dès l'enregistrement du mandat

Créancier
Identifiant SEPA (ICS) :
FR 80 ZZZ 868FC2
HOSPIDON
18 rue du Sergent Bauchat
75012 PARIS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez HOSPIDON à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de HOSPIDON. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.