

BULLETIN DE DON REGULIER

Plus simple, plus efficace, en soutenant FRANCE PARKINSON dans la durée, vous permettez de faire avancer la recherche et d'améliorer le quotidien des malades sur le long terme.

Oui, je souhaite apporter mon soutien durable à France Parkinson.

Je donne chaque mois 8 € 10 € 15 € _____ € (Autre montant)

Mon don sera prélevé le 5 du mois. Je suis libre de modifier, suspendre ou arrêter ce prélèvement à tout moment.

MES COORDONNÉES BANCAIRES

Identifiant international de compte bancaire IBAN

|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Code BIC

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DATE :

SIGNATURE :

En signant ce formulaire de mandat, vous autoriserez France Parkinson à envoyer des instructions à votre banque pour débiter de votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de France Parkinson. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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.

Merci de renvoyer votre bulletin à l'adresse ci-dessous ACCOMPAGNER D'UN RIB

France Parkinson – 18 rue des terres au curé – 75013 PARIS

MES COORDONNÉES

Mme M

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

66 % de votre don sont déductibles de votre impôt sur le revenu et dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez en adressant par écrit à notre siège, d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant contenues dans notre fichier. Vos coordonnées ne seront ni échangées et ni louées à un tiers.

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN !