MANDAT SEPA DE PRÉLÈVEMENT RÉGULIER

BON À RENVOYER avec un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Épargne (R.I.C.E.) à : **Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, 13 rue Scipion - 75005 Paris**

MERCI DE NOUS AIDER MOIS APRÈS MOIS
à ensoleiller le quotidien des enfants, des adolescents et des personnes âgées hospitalisés.

OUI, je souhaite vous apporter mon soutien régulier :

Mensuel : ❑ 8 € ❑ 10 € ❑ 15 € ❑.....€
(autre montant)

MES COORDONNÉES

Nom .....

Prénom .....

Adresse.....

| | | | | | | Ville.....
Code postal

Téléphone .....

E-mail .....

@ .....

COMPTE À DÉBITER

IBAN (Numéro international d'identification bancaire)

BIC (Code international d'identification de ma banque)

TYPE DE PAIEMENT

PAIEMENT RÉCURRENT

En signant ce mandat, vous autorisez la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions données sur ce mandat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque, selon les conditions écrites 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 le prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Date..... SIGNATURE :

FONDATION
Hôpitaux de Paris
Hôpitaux de France
Reconnue d'utilité publique

Identifiant Créancier SEPA :
FR09ZZZ476700
BÉNÉFICIAIRE : Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, 13 rue Scipion 75005 Paris - Tél. : 01 40 27 42 62
www.fondationhopitaux.fr