

MANDAT SEPA DE PRÉLÈVEMENT RÉGULIER



Merci de nous aider mois après mois à ensoleiller le quotidien des enfants, des adolescents et des personnes âgées hospitalisés.

MERCI DE RENVoyer CE BON avec un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de Caisse d'épargne (R.I.C.E) à : **Fondation des Hôpitaux - 9 rue Scribe - 75009 Paris**

OUI, je souhaite vous apporter un **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 des Hôpitaux 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
des hôpitaux**

Identifiant Créancier SEPA : FR09ZZZ476700
Bénéficiaire : Fondation des Hôpitaux,
9 rue Scribe Paris - Tél. : 06 73 14 56 32
www.fondationhopitaux.fr



MANDAT SEPA

DE PRÉLÈVEMENT RÉGULIER



Merci de nous aider mois après mois à ensoleiller le quotidien des enfants et des adolescents hospitalisés.

MERCI DE RENVoyer CE BON avec un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de Caisse d'épargne (R.I.C.E) à : **Fondation des Hôpitaux - 9 rue Scribe - 75009 Paris**

OUI, je souhaite vous apporter un **soutien régulier** :

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

MES COORDONNÉES

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

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 des Hôpitaux 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



Organisatrice de l'opération Pièces Jaunes depuis plus de 30 ans

Identifiant Créancier SEPA : FR09ZZZ476700
Bénéficiaire : Fondation des Hôpitaux,
9 rue Scribe Paris - Tél. : 06 73 14 56 32
www.fondationhopitaux.fr