COMPLÉTEZ LE BULLETIN DE SOUTIEN DE VOTRE CHOIX

À envoyer à Gustave Roussy - Service Dons et Legs - 114 rue Édouard-Vaillant - 94805 VILLEJUIF CEDEX

☐ Mme ☐ M ☐ Mme et M

DONWEBCH

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ☐☐☐☐☐ Ville ..... Pays .....

Téléphone ..... E-mail .....

☐ Je souhaite recevoir, confidentiellement et sans engagement, la brochure sur les legs et donations en faveur de Gustave Roussy

☐ **Je souhaite que mon don soit utilisé pour** .....

SOUTIEN PONCTUEL PAR CHÈQUE

☐ **Oui, je soutiens la lutte contre le cancer menée par Gustave Roussy.**

Je fais un don par **chèque** à l'ordre de l'Institut Gustave Roussy d'un montant de : _____ €

SOUTIEN RÉGULIER

☐ **Oui, je souhaite apporter mon soutien régulier aux chercheurs de Gustave Roussy.**

Je choisis le **montant mensuel** de mon aide et je remplis le mandat SEPA de prélèvement automatique ci-dessous.

☐ 15 €/mois ☐ **20 €/mois** ☐ 25 €/mois ☐ Autre montant : _____ €/mois

PARRAINAGE CHERCHEURS

☐ **Oui,** je **parraine le programme qui me tient à cœur** et m'engage à verser **25 € par mois** à l'équipe de recherche que je choisis ci-dessous.

J'indique mon choix en cochant la ou les cases ci-dessous et **je remplis le mandat SEPA de prélèvement automatique.**

Ciblez votre don par prélèvement automatique

☐ **Cancers de l'enfant** (FP0006P)
☐ **Cancer de l'ovaire** (FP0011P)
☐ **Cancer de la peau** (FP0003P)
☐ **Cancer du poumon** (FP0005P)
☐ **Cancers ORL** (FP0008P)
☐ **Cancer du sein** (FP0001P)
☐ **Cancer de la prostate** (FP0002P)
☐ **Cancer du côlon** (FP0016P)
☐ **Mieux Vivre le Cancer** (FP0007P) Accompagnez les soins de support des patients
☐ **Recherche sur la radiothérapie** (FP0010P)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA EN FAVEUR DE GUSTAVE ROUSSY

Type d'encaissement : récurrent

Désignation du compte à débiter :

IBAN _____ BIC _____

Signature date et lieu (obligatoires):

À compléter par Gustave Roussy.

RUM : .....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER :

GUSTAVE ROUSSY 114, RUE ÉDOUARD-VAILLANT 94805 VILLEJUIF CEDEX FRANCE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Gustave Roussy à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de Gustave Roussy. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

ID CRÉANCIER SEPA
FR11ZZZ491117

Les informations recueillies sur ce bulletin sont enregistrées dans un fichier informatisé et sécurisé par Gustave Roussy (GR). Elles sont destinées à la Direction de la collecte de fonds et aux tiers mandatés par GR à des fins de gestion interne, pour répondre à vos demandes et faire appel à votre générosité. Vos données sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées et pour l'envoi de votre reçu fiscal. Ces données peuvent faire l'objet d'un échange à des tiers du secteur caritatif. Vous pouvez vous y opposer en cochant la case ci-contre : ☐ Conformément à la loi « informatique et libertés » et à la réglementation européenne, vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation ou effacement, en contactant Gustave Roussy - Service des Relations donateurs - 114 rue Édouard Vaillant 94805 Villejuif Cedex.

GUSTAVE ROUSSY
CANCER CAMPUS GRAND PARIS