

SOUTENEZ DIRECTEMENT LE PROGRAMME QUI VOUS TIENT À CŒUR !

Complétez et détachez votre mandat de prélèvement SEPA, puis glissez-le dans l'enveloppe pré-affranchie jointe, accompagné de votre RIB.

PROGRAMMES PARRAINAGE CHERCHEURS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mieux Vivre le Cancer (6 €/mois) FP0007P | <input type="checkbox"/> Cancer de l'enfant (25 €/mois pendant 3 ans) FP0006P |
| <input type="checkbox"/> Bourse de Chercheur (12 €/mois) FP0008P | <input type="checkbox"/> Cancer du sein (30 €/mois pendant 3 ans) FP0001P |
| <input type="checkbox"/> Cancer de la peau (20 €/mois pendant 3 ans) FP0003P | <input type="checkbox"/> Cancer de la prostate (30 €/mois pendant 3 ans) FP0002P |
| <input type="checkbox"/> Recherche sur la radiothérapie (25 €/mois pendant 3 ans) FP0010P | <input type="checkbox"/> Cancer du poumon (30 €/mois pendant 3 ans) FP0005P |

OU

Je soutiens durablement et par prélèvement automatique l'ensemble des innovations de la recherche et des soins de Gustave Roussy sans cibler mon don. Je précise le montant de mon don et remplis le mandat ci-dessous.

- 5 € 10 € 20 € Autre montant : _____ € Périodicité : Mensuelle Trimestrielle

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Pays

À compléter par Gustave Roussy.

RUM :

Type d'encaissement : récurrent

Désignation du compte à débiter :

IBAN

BIC

Signature, date et lieu (obligatoires):

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 et votre banque à 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