AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

AFMTÉLÉTHON
INNOVER POUR GUERIR

OUI, je fais un don mensuel à l'AFM-Téléthon, **pour accélérer la recherche.**

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever, le 5 de chaque mois :

☐ **10 €** ☐ **15 €** ☐ **30 €** ☐ **Autre montant : ..... €** (minimum 5 €)

Référence Unique du Mandat
(Cadre réservé à l'AFM-Téléthon)

AFM-TELETHON
1 Rue de l'Internationale - BP 59
91002 Evry Cedex
N° ICS : FR89ZZZ135372

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFM-Téléthon à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'AFM-Téléthon : prélèvement effectué le 5 de chaque mois, dès réception de ce mandat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé 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.

MANDAT RÉCURRENT DE PRÉLÈVEMENT SEPA CORE

VOS COORDONNÉES

Nom : ..... Prénom : .....

N°: ..... Rue : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

DÉSIGNATION DE VOTRE COMPTE (INFORMATIONS INDIQUÉES SUR VOTRE RIB)

N° de compte IBAN :

_ _ _ _ _