Institut régional du Cancer
Montpellier | Val d'Aurelle

Bulletin de soutien régulier

Merci de compléter le formulaire ci-dessous et de le renvoyer accompagné de votre RIB à l'adresse suivante :
ICM, 208 Avenue des Apothicaires - 34298 Montpellier cedex 5

☐ **1) Je choisis le montant de mon prélèvement régulier, pour soutenir durablement les innovations dans la recherche et les soins.**

☐ 5€/mois (soit 1€70 après déduction fiscale)

☐ 10€/mois (soit 3€40 après déduction fiscale)

☐ 20€/mois (soit 6€80 après déduction fiscale)

☐ Autre montant : _____ € /mois

Votre don vous sera prélevé le 5 de chaque mois.

☐ **2) J'ai pris connaissance des avantages du soutien régulier :**

- Vous recevrez en fin d'année un reçu fiscal vous permettant de bénéficier des avantages fiscaux.
- Vous recevez moins de sollicitations.
- Vous pouvez modifier ou arrêter votre prélèvement automatique à tout moment, par simple courrier à l'ICM.
- Vous devenez acteur durable de la lutte contre le cancer.

☐ **3) Je remplis l'autorisation de soutien régulier ci-dessous :**

Autorisation de prélèvement automatique

ID CREANCIER SEPA FR19ZZZ541025

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ICM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte régulièrement. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites selon la convention que vous avez passé avec elle. Toute demande de remboursement doit etre présentée dans les 8 semaines qui suivent le débit de votre compte. Vous pouvez suspendre cet accord à tout moment en contactant le service Relations Donateurs de l'ICM.

Nom _____
Prénom _____

Adresse _____
_____
_____

CP _____ Ville _____

Tél* _____
Email* _____

*Ces éléments nous permettront de mieux vous rendre compte des actions réalisées grâce à vos dons.

COMPTE DONATEUR

IBAN: |_|_|_|