BON DE SOUTIEN RÉGULIER

le rire médecin
Rire à l'hôpital, c'est vital !

OUI, je choisis le don mensuel pour aider, dans la durée, vos clowns à apporter du bonheur et du réconfort aux enfants à l'hôpital.

Je fais pour cela un don de : ☐ **10€**/mois ☐ **15€**/mois ☐ **25€**/mois ☐ **50€**/mois ☐ Autre montant : ...../mois
(10€/mois minimum)

Je pourrai faire suspendre l'exécution de ce prélèvement par simple demande à l'association, signifiée au plus tard le 20 du mois précédent.
Je recevrai un reçu fiscal annuel pour l'ensemble de mes dons. Le premier prélèvement devra commencer le 10 du mois de : .....

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM (à compléter par Le Rire Médecin)

.....

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER :

ICS : FR13ZZZ510578
Le Rire Médecin
2 rue de Srebrenica
75020 Paris

MES COORDONNÉES :

REGPA

IBAN : |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

20F10

SIGNATURE, DATE ET LIEU :
(obligatoires)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Le Rire Médecin à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du Rire Médecin. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) 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 pour un prélèvement autorisé et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.