Sous l'égide de la

FONDATION DE FRANCE

Bon de soutien
Fondation des Usagers du Système de Santé

Don ponctuel

Je fais un don de _____ euros

☐ par chèque à «Fondation de France/ Fondation des Usagers du système de santé»

☐ par virement à la Fondation des Usagers du Système de santé (Voir notre RIB ci-dessous)

Mes coordonnées

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse: _____

_____

_____

Tel : _____

E-mail : _____

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Code Banque	Code Guichet	Clé RIB	Code Banque
30056	00502	56	30056

IBAN : FR763005 6005 0205 02000516356
BIC : CCFRFRPP
Domiciliation
HSBC FR PARIS CBC 502
Fondation des usagers du système de santé
Titulaire du compte : Fondation de France - 40 avenue Hoche - 75008 Paris

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittance; etc). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi de réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

Par Autorisation de prélèvement automatique

À retourner avec un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou de Caisse d'Epargne (RICE)

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je régleral le différend directement avec le créancier.

Désignation du compte à débiter

N° IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

CODE BIC : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fait à : _____ Le : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Signature (obligatoire)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fondation de France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation de France. 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, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vous restez libre à tout moment de modifier le montant de vos dons réguliers, de les suspendre ou de les stopper.
Pour cela, il vous suffit de contacter notre Service donateurs au : 01 44 21 31 00.

NOM ET ADRESSE DE L'ORGANISATION BÉNÉFICIAIRE: FONDATION DE France - N° ICS: FR 84 ZZZ 292 311 - 40, AVENUE HOCHE - 75008

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès au près des créanciers à : Fondation de France 40, avenue Hoche - 75008 Paris, dans les conditions prévue par la délibération N°80-10 du 1/4/80 de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés.

Fait à : **Le :** **Signature** (obligatoire) **:**

Pour aider cette Fondation, merci de retourner ce bon de soutien dûment complété, en y joignant les documents nécessaires (chèque ou RIB en cas de prélèvement automatique) à l'adresse ci-contre :

[Fondation des Usagers du Système de Santé]
Fondation de France
40 avenue Hoche - C530001
75008 Paris

Fondation des USAGERS du système de SANTÉ — Sous l'égide de la FONDATION DE FRANCE

Fondation des Usages du Système de Santé
Sous l'égide de la Fondation de France. 40 avenue Hoche 75008
Siège administratif : 106 rue d'amsterdam 75009
Contact@fondationdesusagers.fr