FONDATION RECHERCHE MÉDICALE

Bulletin de soutien régulier

Autorisation de prélèvement au bénéfice de la **Fondation pour la Recherche Médicale**

OUI, je souhaite soutenir la recherche médicale de façon régulière.

Je complète ce bulletin, je joins un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP), et je fais parvenir le tout, par voie postale, à :

Fondation pour la Recherche Médicale
54, rue de Varenne - 75335 Paris cedex 07

66% de déduction fiscale
66 % de votre don est déductible de vos impôts, dans la limite de 20 % de votre revenu imposable. Si vous répondez avant le 31 décembre, nous vous enverrons un reçu fiscal portant sur vos revenus de l'année 2007. ■

1 PÉRIODICITÉ

Ces prélèvements seront effectués* chaque :
☐ mois ☐ trimestre ☐ semestre

*le 1er prélèvement interviendra le 10 du mois suivant la réception de cette autorisation.

2 MONTANT

Je choisis le montant de mon soutien régulier :
☐ 10 € ☐ 20 € ☐ 30 € ☐ autre montant : ..... €

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier - si sa situation le permet - tous les prélèvements convenus avec la Fondation pour la Recherche Médicale.
En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte ou à la Fondation pour la Recherche Médicale.

3 VOS COORDONNÉES BANCAIRES

Code établissement	Guichet	N° du compte	Clé RIB

Date : ..... Signature :

Etablissement teneur du compte à débiter
Etablissement : .....
Agence : .....
N° : ..... Rue : .....
Code postal : ..... Ville : .....

Adresse du bénéficiaire : Fondation pour la Recherche Médicale
54, rue de Varenne - 75335 Paris cedex 07 - N° national d'émetteur : 409092

AGRÉÉE PAR COMITÉ DE LA CHARTE don en confiance

4 VOS COORDONNÉES

☐ Mlle ☐ Mme ☐ M. ☐ M. & Mme
Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
e-mail : .....
Tél. : ..... mobile : .....

Conformément à la Loi Informatique et Libertés de janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de retrait des informations vous concernant en écrivant à cnil@frm.org ou en vous adressant au siège de notre fondation : FRM - 54, rue de Varenne - 75335 Paris cedex 07 - tél : 01 44 39 75 75 - fax : 01 44 39 75 86
Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres organisations.
Si vous ne le souhaitez pas, merci de cocher cette case ☐

IBSR1072