INSTITUT Analgesia

INNOVONS **ENSEMBLE** CONTRE LA DOULEUR

Je fais un don en ligne sur
www.institut-analgesia.org

OU je complète le BULLETIN d'ADHÉSION ci-dessous

JE DONNE UNE FOIS

20 €	40 €	60 €
100 €	150 €	200 €
300 €	MONTANT LIBRE	

JE RÈGLE PAR CHÈQUE

à l'ordre de l'**Institut ANALGESIA**
(Faculté de Médecine
28, place Henri Dunant
63000 Clermont-Ferrand)

JE RÈGLE PAR VIREMENT

R.I.B : 16806 05400 66074923055 70
B.I.C. : AGRIFRPP868
I.B.A.N. : FR76 1680 6054 0066 0749 2305 570

Libellé du virement : NOM et Prénom du donateur - Don particulier INSTITUT ANALGESIA

JE DONNE TOUS LES MOIS

10 € PAR MOIS	20 € PAR MOIS	40 € PAR MOIS
80 € PAR MOIS	MONTANT LIBRE	

JE RÈGLE EN COMPLÉTANT LE MANDAT SEPA AU DOS

MES COORDONNÉES

- Madame
- Monsieur
- Monsieur et Madame

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE
JJ/MM/AAAA

ADRESSE .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TÉLÉPHONE

E-MAIL

PROFESSION

J'accepte de recevoir la newsletter ainsi que de la documentation sur l'Institut ANALGESIA.

FAIT LE :

SIGNATURE

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer par mail à contact@institut-analgesia.org ou en adressant un courrier à Institut ANALGESIA – Faculté de Médecine – 28 Place Henri Dunant – 63000 Clermont-Ferrand.
En aucun cas, la Fondation Partenariale Institut ANALGESIA ne vend, prête ou échange son fichier donateurs avec d'autres organismes.

Mandat de prélèvement SEPA, à compléter pour tout don régulier à l'Institut ANALGESIA

En complétant tous les champs et en signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Institut ANALGESIA à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Institut ANALGESIA.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever :

- **CHAQUE MOIS - Paiement récurrent**

la somme de :

- 10 €
- 20 €
- 40 €
- 80 €
- Autre montant : .....

Date :

Signature :

Important : je renvoie ce mandat signé et daté accompagné d'un relevé d'identité bancaire (RIB).

ORGANISME BÉNÉFICIAIRE

Institut ANALGESIA
Faculté de Médecine
28, place Henri Dunant
63000 Clermont-Ferrand
Identifiant créancier SEPA :
FR 97ZZZ82D194

MES COORDONNÉES

NOM

PRÉNOM

ADRESSE .....

.....

.....

.....

.....

.....

COMPTE À DÉBITER

IBAN (Numéro International d'Identification Bancaire)

BIC (Code International d'Identification de ma banque)

Nota : Vos droits concernant le mandat SEPA sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification prévus aux articles 38 et suivants de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

COORDONNÉES DE MA BANQUE

NOM DE L'AGENCE

ADRESSE .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vous pouvez mettre fin à tout moment aux prélèvements par simple courrier à l'Institut ANALGESIA ou par mail à :
contact@institut-analgesia.org
La référence unique du mandat (RUM) vous sera communiquée ultérieurement.

Tout don à l'Institut ANALGESIA ouvre droit à une réduction d'impôt :

- de 66% du montant de votre don, si vous êtes assujetti à l'Impôt sur le Revenu (dans la limite de 20% de votre revenu imposable).
- de 75% du montant de votre don, si vous êtes assujetti à l'Impôt de Solidarité sur la Fortune (dans la limite de 50 000€ déduits).

L'Institut ANALGESIA est habilité à délivrer des reçus fiscaux.