



Fonds Mondial
de Recherche
contre le Cancer

Formulaire de soutien régulier

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements correspondant au soutien que je désire apporter aux programmes de recherche et d'information du Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC).

Je note que je peux suspendre ou annuler le prélèvement sur simple demande écrite ou orale au FMRC. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le FMRC.

Prélèvements

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 € (vous revient à 1,70 €*) | <input type="checkbox"/> 30 € (vous revient à 10,20 €*) |
| <input type="checkbox"/> 10 € (vous revient à 3,40 €*) | <input type="checkbox"/> 45 € (vous revient à 15,30 €*) |
| <input type="checkbox"/> 20 € (vous revient à 6,80 €*) | <input type="checkbox"/> Don libre : € |

Fréquence du prélèvement : Tous les mois Tous les 3 mois Tous les 6 mois
Date du prélèvement : Le 5 Le 15
Mois du premier prélèvement :

* après déduction fiscale

Bénéficiaire

Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer (FMRC)
9 allée de l'Arche
92671 Courbevoie
Numéro national d'émetteur : 528520

Donateur

Numéro de donateur (si vous en avez un) :

M^{me} M^{elle} M.

Prénom : NOM :

Adresse :

Code postal : VILLE :

Coordonnées du compte à débiter (indications à reprendre sur votre RIB, RIP ou RICE)

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Établissement teneur du compte (indications à reprendre sur votre RIB, RIP ou RICE)

NOM : Adresse :

Code postal : VILLE :

Date : Signature :

**Merci de retourner ce formulaire accompagné
de votre RIB, RIP ou RICE à l'adresse suivante :**

Fonds Mondial de Recherche contre le Cancer
9 allée de l'Arche
92671 COURBEVOIE