

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

A renvoyer signé accompagné de votre RIB/IBAN

☐ **OUI, Je fais un don régulier à l'Institut Imagine pour soutenir la recherche sur les maladies génétiques :**

☐ Montant : € par mois

Ce prélèvement débutera le 5 du mois de :

Civilité : Madame / Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Fait à

Date :

Signature :

Bénéficiaire : Institut *IMAGINE*
24, boulevard du Montparnasse
75015 PARIS

ICS : FR85ZZZ8067D4

Référence unique du Mandat* (RUM) :

*Celle-ci me sera communiquée à l'enregistrement de mon mandat.

Type d'encaissement : récurrent

IBAN: [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][]

BIC : [][][][] [][][][][][][][]

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Institut *Imagine* à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'Institut *Imagine*. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

Merci de bien vérifier vos coordonnées personnelles. N'oubliez pas de signer et joindre votre RIB/IBAN à votre envoi.