MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

BÉNÉFICIAIRE :

FONDATION HOSPICES CIVILS DE LYON
3 quai des Célestins 69002 Lyon
N° ICS : FR52ZZZ8514CC

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fondation Hospices Civils de Lyon à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation Hospices Civils de Lyon.

A réception de ce mandat, la Fondation HCL vous communiquera votre Référence Unique de Mandat (RUM), les informations relatives à vos prochains prélèvements, les contacts pour toute demande ou démarche concernant votre mandat de prélèvement (notamment vos droits au remboursement).

VOS COORDONNÉES :

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur ☐ M. et Mme

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Tél : _____

E-mail : _____

COORDONNÉES DU COMPTE A DÉBITER

|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|
Numéro d'identification international du compte bancaire – **IBAN** (International Bank Account Number)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Code international d'identification de votre banque - **BIC** (Bank Identifier Code)

FRÉQUENCE ET MONTANT DU DON : merci de préciser

Somme : _____ € ☐ par mois ☐ par trimestre

Jour de prélèvement souhaité : ☐ le 5 ☐ le 10 ☐ le 15 ☐ le 20 ☐ le 25

Fait à : **SIGNATURE** :

Le : / /

Document à renvoyer <u>accompagné d'un RIB</u> à :
Fondation HCL
3 quai des Célestins – BP 2251
69229 Lyon Cedex 02

Pour plus d'informations :
Tél. 07 89 83 03 91
fondation.hcl@chu-lyon.fr

Informatique et Libertés : les données recueillies vous concernant sont nécessaires au traitement de votre don et à l'envoi de votre reçu fiscal. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, demander leur rectification ou leur suppression.

21/03 – SEPA – AGDNA000