

BULLETIN DE SOUTIEN RÉGULIER

Merci de renvoyer votre bulletin en utilisant l'enveloppe retour ci-jointe



FRANCE
PARKINSON

18, rue des Terres au Curé - 75013 Paris

OUI, je souhaite apporter mon soutien durable

à France Parkinson et je l'autorise à prélever
le 05 du mois sur mon compte :

8 € 12 € 15 € par mois

..... € par mois

Voici mes coordonnées bancaires :

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN

Code BIC

N° ICS : FR57ZZZ549847

Fait le : / /

Merci de joindre un RIB

Signature

(obligatoire)

Nom :

Prénom :

Adresse:.....

.....

**Je suis libre de modifier, suspendre ou arrêter
ce prélèvement à tout moment.**

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'Association France Parkinson à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte, et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions de l'Association France Parkinson. Je bénéficie d'un droit de remboursement par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte.