

Bulletin de soutien

Fondation

La Renaissance Sanitaire

Reconnue d'utilité publique (décret du 8 juillet 1928)

Hôpital soutenu (à préciser)

Je participe activement à travers ses actions

(cocher la case correspondante à votre souhait)

- ☐ Lutte contre le diabète ☐ Appareillage
☐ Unité de soins palliatifs ☐ Gériatrie
☐ Lombalgies chroniques
☐ Autres : à préciser :

Par chèque, à l'ordre de la Fondation La Renaissance Sanitaire :

- ☐ 30 € ☐ 50 € ☐ 75 € ☐ 100 €
☐ Autre montant : €

Par prélèvement automatique, je retourne la présente autorisation, accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal. L'hôpital que vous avez choisi de soutenir vous adressera son numéro national d'émetteur.

Mes coordonnées personnelles

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

Mes coordonnées bancaires

Nom de la banque :
Adresse :
Code postal : Ville :

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

- ☐ Chaque mois, la somme de :
☐ 20 € ☐ 30 € ☐ Autre montant €
☐ Chaque trimestre, la somme de :
☐ 20 € ☐ 30 € ☐ Autre montant €

Nous vous remercions de bien vouloir retourner votre bulletin de soutien à l'adresse ci-dessous :
Fondation La Renaissance Sanitaire
14, boulevard Saint-Germain
75005 Paris

Un reçu fiscal vous sera adressé dès réception de votre versement, afin que vous puissiez bénéficier de la réduction d'impôt, selon les dispositions réglementaires en vigueur.

Conformément à la loi Informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression s'agissant des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un courrier à l'adresse figurant ci-dessus. Ces informations sont à l'usage exclusif de La Renaissance Sanitaire.

Date

Signature