AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT MENSUEL

N°National d'Émetteur :
135372

Association bénéficiaire : **AFM**
Association Française contre les Myopathies,
1 rue de l'Internationale, BP 59,
91002 Evry Cedex

Merci de renvoyer le coupon complété et signé ,
accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP).

☐ **OUI,** je veux agir tout au long de l'année, aider les malades et accélérer les résultats de la recherche.
J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever le 5 de chaque mois

☐ 5 € ☐ 10 € ☐ 20 € ☐ 30 €

☐ Autre montant.....€
(minimum 5 €)

66 % de votre don AFM-TÉLÉTHON est déductible de vos impôts à concurrence de 20 % de votre revenu imposable.

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements correspondant à mon don régulier à l'Association Française contre les Myopathies. Je pourrai interrompre à tout moment mes versements par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. J'en informerai l'AFM rapidement.

Fait à : _____ Le : _____

Signature
(Obligatoire)

Mes coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ Rue : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Ma banque

Nom de la banque : _____

N° : _____ Rue : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Désignation du compte à débiter

Code établissement	Code guichet	N° de compte	clé RIB

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à l'utilisation des données personnelles vous concernant. Pour ce faire, contactez notre Ligne directe donateurs au 0 825 07 90 95 (0,15 € TTC/min). **Vos données personnelles sont à usage exclusif de l'AFM qui en aucun cas ne vend ou échange son fichier donateurs avec d'autres associations ou organismes.**