

## Accord de don régulier Mandat de prélèvement SEPA en faveur du Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble

Retournez votre accord de don régulier complété en y joignant votre relevé bancaire (BIC-IBAN) dans une enveloppe affranchie à l'adresse suivante : GHM-mécénat 8 rue du Dr Calmette 38000 Grenoble

### Mes coordonnées

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Je soutiens durablement les actions du GHM de Grenoble pour la santé de tous, je choisis le don régulier. J'autorise le GHM de Grenoble à envoyer à ma banque les instructions pour prélever mon compte de :

Chaque mois, la somme de : (et cela me revient après déduction à)

10 € (3,4€)     15 € (5,1€)     20 € (6,6€)     À ma convenance : ..... €

Chaque trimestre, la somme de : (et cela me revient après déduction à)

30 € (10€)     45 € (15,3€)     60 € (20€)     À ma convenance : ..... €

Je recevrai le reçu fiscal annuel qui me permet de déduire de mes impôts 66% de mes versements. Un don mensuel de 10 € ne me revient qu'à 3,40€ par mois après déduction, mais **permet au GHM de Grenoble de faire 3 fois plus pour les patients.**

Fait à : .....

Signature :

Le : .....

Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions écrites dans la convention passée avec elle. La demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour ce prélèvement autorisé.

Hôpital bénéficiaire : GHM de Grenoble – 8 rue du Dr Calmette 38000 Grenoble

Identifiant créancier SEPA : FR76 1680 7001 6516 0213 4960 863

Ma référence unique de mandat me sera communiquée par retour de courrier.