

## Référence unique du mandat (à remplir par la Trésorerie de l'Institut Claudius Regaud)

En signant ce formulaire vous autorisez l'Institut Claudius Regaud à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Institut Claudius Regaud. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

## Nom, Prénom et Adresse du débiteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :  Ville :

Pays :

Don mensuel de :  €

## IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

## BIC - Code international d'identification de votre banque

## Type de paiement

Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

## Créancier

Nom : INSTITUT CLAUDIUS REGAUD

ICS : FR34ZZZ493419 (Identifiant Créancier SEPA)

Adresse : IUCT-ONCOPOLE 1 avenue Irène Joliot-Curie 31059 TOULOUSE CEDEX 9

Fait à :

Signature :

Le:

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.