

# Oui, je soutiens durablement l'action de la Recherche suisse contre le cancer.

Autorisation de paiement avec droit de contestation pour compte bancaire (LSV+) ou  
compte postal (prélèvement CH-DD de base).

## Je m'engage pour un don de

**Montant:**  50 Fr.  100 Fr.  150 Fr.  \_\_\_\_\_ Fr.  
**Période:**  mensuel  trimestriel  semestriel  annuel  
**Premier paiement:**  immédiatement  mois/année \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Titulaire(s) du compte

Madame  Monsieur  Famille  Madame et Monsieur

Prénom(s) \_\_\_\_\_ Nom(s) \_\_\_\_\_

Rue/n° \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Date(s) de naissance \_\_\_\_\_

## Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Nom de la banque \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_

IBAN (compte bancaire): [C][H][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par la Recherche suisse contre le cancer. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

OU

## Débit de mon compte postal avec prélèvement CH-DD de base

IBAN (compte postal): [C][H][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus à la Recherche suisse contre le cancer. Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Lieu, date \_\_\_\_\_ Signature(s)\* \_\_\_\_\_

\* Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.

## Veillez renvoyer le formulaire rempli à:

Recherche suisse contre le cancer, Effingerstrasse 40, case postale, 3001 Berne

## Rectification (ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN (compte bancaire): [C][H][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ]

Date \_\_\_\_\_ Timbre et visa de la banque \_\_\_\_\_