



**Agir pour
le Cœur
des Femmes**

Women's Cardiovascular Healthcare Foundation

DON MENSUEL

Coordonnées du donateur à qui sera envoyé le reçu fiscal

(ou joindre le tableau récapitulatif des donateurs)

M Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Courriel (pour recevoir votre reçu fiscal par e-mail) : _____

_____ @ _____

Coordonnées bancaires pour le prélèvement

Votre numéro IBAN : _____

Votre code BIC : _____

Montant du don prélevé mensuellement: _____

A renvoyer à :

Agir pour le Cœur des Femmes
6, rue Serret - 75015 Paris

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par « Agir pour le Cœur des Femmes » dans un fichier informatisé. Elles ne seront pas transférées à des tiers. Vous pouvez nous contacter pour l'exercice à tout moment de vos droits (de retrait, de consentement, d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition ou de portabilité) ou pour toute information sur ceux-ci ou sur le traitement de vos données.