

DANS LE CADRE DE LA SOUSCRIPTION A LA SCPI  
**BULLETIN DE SOUTIEN REGULIER ICM**  
(mandat récurrent de prélèvement SEPA)



**OUI, je soutiens dans la durée les programmes de recherche de l'ICM,**  
sur les maladies du cerveau et de la moelle épinière.

→ J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever :

Un montant équivalent à 0,10 % de ma souscription à la SCPI Pierval Santé, soit ..... € par an\*

Autre montant : ..... € par an

→ Je souhaite que le premier prélèvement soit effectué à partir du 05 / ..... /2014

\* Pendant toute la durée de la détention des parts de la SCPI. Cette autorisation de prélèvement prendra fin 30 jours après la dénonciation expresse de votre part adressée à l'ICM et à votre banque.

**Bénéficiaire :** Fondation ICM - **N°ICS :** FR25 ZZZ 535582

**Référence unique de mandat** (vous sera communiquée dès l'enregistrement de votre mandat) :

→ **VOS COORDONNEES :**

Nom : ..... Prénom : .....

Société : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Je souhaite recevoir par e-mail des informations concernant l'ICM à l'adresse suivante :

..... @ .....

→ **DESIGNATION DE VOTRE COMPTE :**

N ° de compte IBAN :

.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code BIC :

.....

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**Signature** (obligatoire) :

**Fait à** ..... **Le :** ..... / ..... / .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'ICM à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'ICM. 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, et sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Bulletin à renvoyer, accompagné de votre RIB IBAN**

Les données recueillies vous concernant sont nécessaires au traitement de votre don et à l'émission de votre reçu fiscal. Conformément à la loi Informatiques et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de radiation sur simple demande écrite à l'ICM, 47, boulevard de l'hôpital - 75013 Paris. Vous pouvez vous opposer à l'utilisation de votre adresse par des tiers en cochant la case ci-contre

**66 % du montant de votre don sont déductibles de votre impôt sur le revenu** dans la limite de 20 % de votre revenu imposable.

**OU**

**75 % du montant de votre don sont déductibles de votre impôt sur la fortune** dans la limite de 50 000 €.