Formulaire relatif à un don

Instituts thématiques Inserm
Institut national de la santé et de la recherche médicale

Je souhaite soutenir l'Inserm en faisant un don d'un montant de :

euros

Coordonnées :

☐ Mme ☐ M ☐ Mlle

☒ Personne morale (Société, association, etc.)

Nom

Prénom ……

Adresse … ……

Code Postal

Ville … ……

Pays … ……

Téléphone (facultatif) _____

Email (facultatif)

Affectation (facultatif) :

Si vous souhaitez affecter votre don notamment à des recherches portant sur une maladie ou à un laboratoire de l'Inserm, merci de le préciser ci-après :
……
……
……
……

☒ Je souhaite recevoir un reçu fiscal pour le montant total de mon don

Moyen de paiement :

☒ par chèque ☐ par virement

Date :
Signature

Afin de permettre la gestion de votre don par l'Inserm, et uniquement à cette fin, les données personnelles collectées grâce à ce formulaire feront l'objet d'un traitement automatisé dans le respect de la loi n°78-17, modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. S'agissant des données vous concernant, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression. Ce droit peut être exercé auprès du Président-directeur général de l'Inserm, 101, rue de Tolbiac, 75654 Paris Cedex 13.