

## BULLETIN DE SOUTIEN

### Don par virement bancaire

#### Vos coordonnées

Nom : ..... Prénom : .....

Coordonnées postales : .....

.....

.....

Adresse email : .....

Numéro de téléphone fixe : ..... Numéro de téléphone portable : .....

#### Votre don

Relevé d'identité bancaire (RIB) du Centre Paul Strauss :

IBAN : FR76 3008 7330 8000 0100 3160 317

BIC : CMCIFRPP

J'ai réalisé un virement bancaire de ..... euros, le .....

#### Orientation de votre don

**Votre don sera utilisé pour financer des projets au bénéfice des patients de l'ICANS.**

Je souhaite que mon don soit attribué :

Aux projets de recherche

Aux projets d'amélioration des soins

A parts égales entre les projets de recherche et d'amélioration des soins

Précisions : .....

.....

En faisant ce don, j'accepte que le Centre Paul Strauss mémorise et utilise mes données personnelles, pour me faire parvenir mon reçu fiscal et m'apporter des informations sur ses projets et appels à dons à venir.

Afin de protéger la confidentialité de mes données personnelles, le Centre Paul Strauss s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager mes données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement général sur la protection des données du 25 mai 2018.

Fait à ....., le .....

Signature

Envoyez ce formulaire\* à l'adresse :  
[dons-legs@strasbourg.unicancer.fr](mailto:dons-legs@strasbourg.unicancer.fr)

Votre contact  
Claire-Marie FREUDENREICH  
Responsable développement de la collecte de fonds  
Mail : [dons-legs@strasbourg.unicancer.fr](mailto:dons-legs@strasbourg.unicancer.fr)  
Téléphone : 03 68 76 72 75