Après l'urgence, des solutions durables pour la santé

BULLETIN DE SOUTIEN REGULIER

A renvoyer à : Comité d'Aide Médicale – 41 rue Emile Zola – 93100 Montreuil-sous-Bois

JE VEUX SOUTENIR DURABLEMENT LE COMITE D'AIDE MEDICALE, JE CHOISIS DE DONNER :

☐ 10 € par mois ☐ 20€ par mois ☐ 50€ par mois ☐ Autre montant par mois: ..... €

Le premier prélèvement interviendra, dans la mesure du possible, le 10 du mois suivant la réception de ce formulaire.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le Comité d'Aide Médicale. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je règlerai le différent directement avec le Comité d'Aide Médicale.

Numéro National d'émetteur :

449440

VOS COORDONNEES

☐ M ☐ Mme ☐ Mle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

Téléphone : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Adresse e-mail : ..... @ .....

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

Banque Guichet N° de compte Clé

|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

Etablissement : .....

Agence : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville : .....

IMPORTANT :
Je n'oublie pas de joindre mon R. I. B.

Date : |__|__| |__|__| |__|__| **Signature :**