



Don régulier par prélèvement automatique

Association loi 1901

Autorisation de prélèvement bancaire

À télécharger pour compléter et envoyer

Bénéficiaire : Entraide Médicale Protestante Pastorale
11 rue d'Assas, 75006 PARIS

Nom et adresse de l'établissement teneur de votre compte :

Banque :

N° : Rue :

Code postal : Ville :

Vos coordonnées :

Madame Monsieur Mademoiselle Monsieur et Madame

Nom :

Prénom(s) :

N° : Rue :

Code postal : Ville : Pays :

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, le montant correspondant à mon soutien à l'Entraide Médicale Protestante Pastorale. J'ai bien noté que je peux interrompre à tout moment mes versements.

Montant du prélèvement : 10 € 20 € 50 € Autre : ----- €

Fréquence du prélèvement : Mois Trimestre Autre :

Fait à

Le / /2021

Signature :

À retourner à l'Entraide Médicale Protestante Pastorale, 11 rue d'Assas, 75006 PARIS, par courrier, accompagné d'un RIB.