



## 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.**