

# Soutenez-nous chaque mois pour que nos équipes préservent des vies chaque jour



➔ **Oui**, je choisis de répartir mon soutien sur toute l'année et je donne **chaque mois** :

☐ 8 €   ☐ 15 €   ☐ 20 €   ☐ 30 €

Autre montant : ..... €

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA - PRÉLÈVEMENT RÉCURRENT  
Créancier : MEDAIR - 5 avenue Abel - 26120 Chabeuil  
ICS: FR73ZZZ479428  
RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT

Nom : .....

Prénom .....

Adresse : .....

.....

Code postal / ville .....

Je laisse mon adresse e-mail afin de recevoir ma lettre de remerciement et des informations sur les actions de Medair :

..... @ .....

Les coordonnées de votre compte - Débiteur

IBAN:    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_    \_ \_ \_ \_

BIC:    \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Date, lieu et signature (obligatoires) :

À .....

Le ..... / ..... / .....

Signature

**Merci d'envoyer ce bon avec votre relevé d'identité bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne à MEDAIR**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Medair à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte mensuellement, si sa situation le permet, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Medair. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

5 avenue Abel | 26120 Chabeuil  
Tél : 04 75 59 88 28 | [france@medair.org](mailto:france@medair.org)  
[www.medair.org](http://www.medair.org)

**MEDAIR**