

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 : €

Nom :

Prénom

Adresse :

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

Code postal / ville.....

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

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: [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED]

B|C: | | | | | | | | | | |

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 prélevement autorisé.

5 avenue Abel | 26120 Chabeuil
Tél : 04 75 59 88 28 | france@medair.org
www.medair.org

MEDAIR