

Oui! Je veux soutenir Viva Salud sur base régulière.

Oui, je donne permission à ma banque de verser **chaque mois** € sur le compte BE15 0010 4517 8030 de Viva Salud. Cette domiciliation démarre en .../..... (mm/aaaa).

Je souhaite que mon soutien soit versé: à l'ONG Viva Salud et ses partenaires en général / un partenaire spécifique, à savoir.....

Si le total de mes dons atteint 40 € au cours de l'année civile, une attestation fiscale me sera envoyée automatiquement dans le courant de l'année suivante.

COORDONNÉES

Nom + prénom.....

Sexe M/F

Date de naissance/...../.....

Rue + numéro.....

Code postal + ville.....

Pays.....

Iban ou numéro de compte

Code Bic ou nom de la banque.....

Numéro de téléphone.....

Adresse e-mail.....

Place + date

Signature



Je suis informé de pouvoir être remboursé. Et cela aux conditions d'enregistrement de mon contrat au près de ma banque. Je dois soumettre ma demande de remboursement dans les 8 semaines suivant la date à laquelle le montant a été débité de mon compte. Je peux cesser ou modifier cette domiciliation à tout moment en téléphonant à Viva Salud au 02 209 23 65.

En signant ce formulaire de mandat, je donne autorisation à VIVA SALUD d'envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et j'autorise ma banque à retirer cette somme de mon compte conformément aux instructions de VIVA SALUD.

Mandat SEPA domiciliation européenne | ID créateur : BE66ZZZ0418282311

Référence du mandat pour un prélèvement récurrent*

* à remplir par l'organisation