# AUTORISATION DE PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES

Merci de compléter cet imprimé et de nous le retourner signé en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB), postal (RIP) ou de caisse d'épargne (RICE).

VOS COORDONNEES

Nom :
Prénom :

Adresse :

Code postal :
Ville :

Désignation de votre compte :

| Code Etablissement | Code Guichet | N° de compte | Clé RIB |
|---|---|---|---|
| \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | \|_\|_\| |

COORDONNEES DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE VOTRE COMPTE

Nom :
Adresse :

Code postal :
Ville :

COORDONNEES DE L'ASSOCIATION BENEFICIAIRE

Assistance Médicale Toit du Monde (AMTM)
81 avenue du Maréchal Joffre
92000 NANTERRE

N° NATIONAL D'EMETTEUR : 473870

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever mensuellement, directement à partir de ce dernier, le montant correspondant à mes parrainages en faveur d'Assistance Médicale Toit du Monde.
Je pourrai suspendre cet accord à tout moment.
Je recevrai un reçu fiscal annuel pour l'ensemble de ces dons.

Fait à : le : Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès de l'association bénéficiaire dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 01/04/80 de la Commission Informatiques et Libertés.

Filleul(s) pour lesquels je souhaite un prélèvement, 25 € par mois et par filleul :
Merci de confirmer votre choix en cochant la ou les cases correspondantes

| FILLEUL | SITE |
|---|---|
| ☐ | |
| ☐ | |
| ☐ | |