# Ordre automatique de don

Oui, je désire faire virer automatiquement ma contribution à FAIRMED anc. Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse, aidant ainsi à la réduction des dépenses et des coûts.

**Ma contribution régulière est de :**

- ☐ Fr. 30.–
- ☐ Fr. 50.–
- ☐ Fr. 100.–
- ☐ Fr. _____

**Période :**

- ☐ mensuellement
- ☐ trimestriellement
- ☐ semestriellement
- ☐ annuellement

**Autorisation de débit (avec droit de révocation)**

Par la présente j'autorise ma banque ou poste, sous réserve de révocation, à débiter sur mon compte le montant mentionné ci-dessus, au profit de FAIRMED. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque ou poste aucune obligation de débit. Chaque débit sur mon compte me sera avisé. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après réception de l'avis auprès de ma banque ou poste, en forme contraignante. J'autorise ma banque ou poste à informer FAIRMED du contenu de cette autorisation de débit ainsi que de son éventuelle annulation par la suite, et ce par tous les moyens de communication qui lui sembleront appropriés.

Cette autorisation de débit est valide :

❑ dès à présent ❑ à partir de : mois / année _____

Nom _____

Rue _____

NPA / lieu _____

**Veuillez débiter :**

❑ compte postal, no. :

☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐

❑ IBAN ou compte bancaire, no. :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom de la banque :

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NPA / emplacement de la banque :

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

No. de clearing bancaire (si connu) :

☐☐☐☐☐

_____ _____

Lieu / date Signature (du/de la titulaire du compte)

Veuillez envoyer la présente autorisation de débit, remplie et sous enveloppe affranchie, à :
**FAIRMED anc. Aide aux Lépreux Emmaüs-Suisse**
**Aarbergergasse 29, 3000 Berne 7**
**Merci de tout cœur !**

FAIRMED
Santé pour les plus démunis

**A remplir par la banque**

**LSV-**ID. **LHE1W** BC-no. : ☐☐☐☐☐ compte bancaire, no. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐