MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

PARTENAIRE D'URGENCE

DEVENEZ PARTENAIRE D'URGENCE DE MSF !

Autorisation de paiement avec droit de contestation

Procédure de débit LSV+ sur le compte bancaire

© Brendan Bannon

1 CHF / jour

Avec 1 franc par jour, vous offrez chaque mois, par exemple :

- ➥ **pour 2 enfants, 1 traitement contre la malnutrition,**
- ➥ **pour 30 enfants, 1 traitement contre le paludisme.**

Pour nos patients, c'est vital :
Votre don régulier nous donne les moyens de répondre sous 72 h aux urgences.

Pour MSF, c'est efficace :
Votre don régulier réduit nos frais de gestion : plus d'argent pour nos projets !

Pour vous, c'est simple :
Vous êtes libre de modifier, interrompre ou suspendre à tout moment votre LSV.

LE DON RÉGULIER, SIMPLE ET EFFICACE POUR SAUVER DES VIES

ZEWO UNABHÄNGIG ZERTIFIZIERT CERTIFIÉ CERTIFICATO

☐ **OUI, je choisis de faire un don régulier en faveur de Médecins Sans Frontières (MSF).**

☐ Mensuel : 1 franc par jour, soit 30 francs/mois

☐ Mensuel : _____ francs/mois

Mois du premier prélèvement : _____

☐ Trimestriel : _____ francs/trimestre

☐ Semestriel : _____ francs/semestre

☐ Annuel : _____ francs/an

Mme ☐ M. ☐ Prénom : _____

Nom : _____

Rue, numéro : _____

NPA : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

E-mail : _____

Communication avec MSF : ☐ Français ☐ Deutsch ☐ Italiano

En tant que Partenaire d'Urgence, vous êtes un membre essentiel de l'équipe MSF. Nous vous informons de nos activités et de l'impact de vos dons et vous recevez votre attestation fiscale chaque année en février.

Autres souhaits : _____

N° d'identification LSV : MSF1W

SERVICE DONATEURS
0848 88 80 80
donateurs@geneva.msf.org

Débit de mon compte bancaire (LSV+)

Par la présente, j'autorise ma banque, sous réserve de révocation, à débiter de mon compte les recouvrements directs émis par Médecins Sans Frontières.

Nom de la banque _____ NPA, localité _____

IBAN (compte bancaire) _____

Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour ma banque 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 la date de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. J'autorise ma banque à informer Médecins Sans Frontières, en Suisse, 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.

Lieu, date _____ Signature(s) _____

Rectification (ne pas remplir, sera complété par la banque)

IBAN (compte bancaire) _____ IID _____

Date _____ Timbre et visa de la banque _____

LSVDDWEB

MSF - Rue de Lausanne 78 - Case Postale 1016 - CH-1211 Genève 1 Mont-Blanc - Tél. : 0848 88 80 80 - Fax : 022 849 84 88 - donateurs@geneva.msf.org - www.msf.ch