OIT DU MOND

Signature:







Merci de compléter cet imprimé et de le retourner daté,

signé et accompagné obligatoirement d'un relevé d'identité bancaire comportant votre code IBAN à :



Merci de votre engagement à nos côtés au profit de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants au Népal et en Inde.

MANDAT de Prélèvements récurrents SEPA

Référence unique du mandat (réservé à AMTM)			
En signant ce mandat, vous autorisez instructions à votre banque pour débiter vot à débiter votre compte conformément aux in Vous bénéficiez du droit d'être remboursé produitions décrites dans la convention que elle. Toute demande de remboursement dois semaines suivant la date de débit de votre convention que vous droits concernant le présent man document que vous pouvez obtenir auprès construit de la convention de la conventio	ter votre compte et votre banque aux instructions d'AMTM. bursé par votre banque selon les on que vous avez passée avec ent doit être présentée dans les 8 votre compte. Adhérer à AMTM et être prélevé de la coti annuelle de 40 €, le 10 mars de chaque année to transcript de 40 €, le 10 mars de chaque année to transcript de 40 €, le 10 mars de chaque année to transcript de 25 €, le 10 du mois.		evé de la cotisation chaque année. être prélevé
COORDONNEES DU BENEFICIAIR	RE ICS	(identifiant du créancier SEPA)	FR80ZZZ473870
ASSISTANCE MEDICALE TOIT DU MONDE (AMTM) 81 avenue du Maréchal Joffre 92000 Nanterre France			
VOS COORDONNEES			
Nom			
Prénom			
Adresse			
Code Postal	Ville		
Pays	V III O		
LES COORDONNEES DE VOTRE COMPTE			
Numéro d'identification du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)			
Numéro d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)			
Signé à :	Date :		

 \mathbf{AMTM}

92000 Nanterre **FRANCE**

81 avenue du Maréchal Joffre