Ecoute – soutien – orientation, la plate-forme romande des TCA (Troubles du Comportement Alimentaire)

FAIRE UN DON REGULIER A A B A

Oui ! Je veux contribuer à soutenir les personnes affectées de troubles du comportement alimentaire en faisant un don régulier à ABA

Accord de don à compléter et à adresser à :
ABA Villamont 19 CH- 1005 Lausanne Fax 021 329 04 09

☒ oui, je choisis de soutenir ABA avec le système de débit direct (LSV / SDD) en offrant

☐ 1 franc par jour, correspondant à un prélèvement mensuel de 30 francs.

☐ Le montant de mon choix est de ☐ francs par mois.

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom ☐ Prénom ☐

Rue ☐

Code postal ☐ Ville ☐

Tel ☐
Adresse électronique (facultatif) ☐

☐ Je souhaite être informé(e) régulièrement par courrier électronique des activités de ABA

No du compte postal ……
Ou
Nom de la banque ……

NPA et Lieu : ……

IBAN (pour compte bancaire) [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_]

Ou No de compte ……

LSV IDENT. AOB1W - Autorisation de débit avec droit de contestation

Par la présente, j'autorise ma banque ou La Poste, sous réserve de révocation, à transférer de mon compte mon don mensuel en faveur de ABA. Le montant débité me sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après réception de l'avis auprès de ma banque, en la forme contraignante. En cas d'annulation de cette autorisation, ma banque ou La Poste a le droit d'en informer ABA directement.

Lieu et date : …… Signature :……

Laisser vide, pour correction éventuelle de la banque

IBAN Date, timbre et visa de la banque

[_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_][_][_][_] [_]

ABA Association Boulimie Anorexie Av. Villamont 19, CH- 1005 Lausanne Tel +41 21 329 04 39 (permanence téléphonique) - +41 21 329 04 22 (secrétariat) Mail : info@boulimie-anorexie.ch (secrétariat) - ecouteparmail@boulimie-anorexie.ch (malades et proches)
www.boulimie-anorexie.ch