



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