



Parrainage de l'hôpital

Ordre de paiement avec droit de contestation (LSV)

Par la présente, j'autorise la banque/PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur mon compte le montant mentionné et à le verser à Secours aux Enfants Bethléem. Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante, il n'existe pour l'établissement financier aucune obligation de débit. Le montant débité me sera remboursé, si je conteste et retourne l'avis de débit dûment daté et signé, dans les 30 jours.

Mon montant Fr. 240.00

Période trimestriel semestriel annuel

Premier paiement immédiatement à partir du . .

Débit de mon compte postal

Compte postal no - -

Débit de mon compte bancaire

Nom de la banque Succursale

IBAN

Données personnelles

Monsieur Madame

Nom Prénom

Rue / no NP / Lieu

Téléphone E-mail

Date de naissance . .

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, la banque/PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par la banque/PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à la banque/PostFinance une opposition sous forme contraignante.

Lieu / date Signature

Mes données seront traitées de manière confidentielle et ne seront pas communiquées à des tiers. Par ma signature, je deviens parrain/marraine de l'hôpital et je verserai la cotisation annuelle ci-dessus. Cette affiliation peut être révoquée en tout temps. En communiquant mes données personnelles, je suis d'accord que celles-ci soient utilisées pour des contacts: écrits, emails ou téléphoniques.

Ne pas remplir, sera complété par la banque

LSV Ident: KHB1W

IBAN

Lieu / date Timbre et visa de la banque
