



**OUI, je veux aider Help Doctors pour ses actions médicales  
et humanitaires internationales.**

**> Je fais un don de : ..... € <**

Je règle mon don par prélèvement bancaire, je recevrai un reçu  
fiscal

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Fait le : ..... à : .....

Signature

Imprimez cette page ainsi que l'autorisation de prélèvement jointe, rem-  
plissez-les et envoyez-les accompagnées d'un R.I.B., dans une enveloppe  
affranchie au tarif en vigueur à l'adresse suivante :

**Help Doctors  
BP 10745  
59034 Lille Cedex  
France**

Contact et renseignements : [dons@helpdoctors.org](mailto:dons@helpdoctors.org)  
Site web : [www.helpdoctors.org](http://www.helpdoctors.org)

## Autorisation de prélèvement



### DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR
-------------------------------------

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
---

COMPTE A DEBITER			
Codes Etabliss.	Guichet	N°de compte	Clé R.I.B

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
<b>HELP DOCTORS</b> <b>BP 10 745</b> <b>59034 Lille Cedex</b>

Date : Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.



### AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N°NATIONAL D'EMETTEUR 519836
---------------------------------

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR
-------------------------------------

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
-----------------------------

COMPTE A DEBITER			
Codes Etabliss	Guichet	N°de compte	Clé R.I.B

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU Cpte A DEBITER
<b>HELP DOCTORS</b> <b>BP 10 745</b> <b>59034 Lille Cedex</b>

Date : Signature :

Je choisis un prélèvement mensuel de :

10 € - 15 € - 20 € - 50 € - 100 € - Autre montant : .....€ (Entourez le montant désiré)

Merci de renvoyer cet imprimé en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B), postal (R.I.P) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E).