

FORMULAIRE VIREMENT MENSUEL (Dons réguliers)

Objet : Demande de virement automatique - mensuel – permanent

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de compte :

Monsieur le directeur,

Je vous prie de bien vouloir effectuer chaque mois et à compter du

Un virement bancaire de : *

15	25	35	50	
----	----	----	----	--

 euros ou autre montant sur le compte suivant :

Intitulé du compte : Collaboration à la Santé Publique
Du Burkina Faso (CSPB)

Relevé d'identité bancaire :

Etablissement	Guichet	N° Compte	Clé
19106	00603	43642055691	76

IBAN

FR76 1910 6006 0343 6420 5569 176

BIC

AGRIFRPP891

Domiciliation

AMC ST LAURENT (00603)
AVE DU GENERAL LECLERC
06700 ST LAURENT DU VAR

En vous remerciant par avance, recevez, Monsieur le Directeur, mes salutations distinguées.

Mention : lu et approuvé

Signature

Le

NB : Je joins mon relevé d'identité bancaire

* Cocher la somme