Je choisis de soutenir Siel Bleu !

Merci de nous aider mois après mois
à redonner le sourire aux personnes parmi les plus fragiles.

Bulletin de soutien régulier

Mandat de prélèvement SEPA

☐ **OUI, je souhaite apporter mon soutien régulier à l'Association Siel Bleu**

Je donne ☐ 10 € / mois ☐ 15 € / mois ☐ 20 € / mois ☐ Autre montant : ..... € / mois

ce montant sera prélevé le 7 de chaque mois. Vous pouvez à tout moment modifier ou arrêter ce prélèvement automatique

Coordonnées personnelles

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

E-mail.....

Téléphone.....

Coordonnées de mon compte

Identifiant International de compte bancaire / IBAN

A retourner accompagné d'un RIB/IBAN à :

Association Siel Bleu - BP 18104 - 67038 STRASBOURG Cedex

Identifant créancier SEPA : FR9300085966A

A : **Signature (obligatoire) :**

Le :

En signant ce mandat, j'autorise l'Association Siel Bleu à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte conformément aux instructions données sur ce mandat. Je bénéficie du droit à être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé.

Nous contacter :
Tél. : 03 68 71 84 63
relation.membres@sielbleu.org

Donnons le sourire à votre santé !

Association Siel Bleu, BP 18104, 67038 Strasbourg Cedex • Crédit photo : Siel Bleu.