

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

***Merci de remplir une demande de remboursement pour chaque don effectué.**

BENEFICIAIRE :

NOM* : _____

PRENOM* : _____

ADRESSE* : _____

ASSEMBLEE* : _____

TEL* : _____

MEL @ : _____ @ _____

DON EFFECTUE LE* : __ / __ / ____

PAR* :

- PAYPAL* MEL : --@-- (Les frais Paypal générés lors du versement du don sont déduits du montant restitué)
- CHEQUE* N° _____
- VIREMENT

MONTANT DU DON* : _____, ____ €

COORDONNEES POUR LE REMBOURSEMENT PAR VIREMENT BANCAIRES :

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
_____	_____	_____	__	_____
IBAN (International Bank Account number)			BIC (Bank Identification Code)	
_____			_____	
Titulaire du Compte :				

Document à remplir et à adresser à :

Pour Un Nouveau Souffle – 87 Ter Avenue Jean Jaurès – 70100 ARC LES GRAY