



210 5 200 500 ■ www.msf.gr

Ξενίας 15 /11527 Αθήνα, Fax 210 5 200 503

#meinemazimas

Σας ευχαριστούμε που μας στηρίζετε!

ΠΑΓΙΑ ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΕΝΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ (Ε.Χ.ΠΕ. - S.E.P.A.)

SEIRA ID: GR46ZZZ00766

Εντολή Άμεσης (-ων) χρέωσης (-ων) ΕΧΠΕ (SEPA)

Με την παρούσα, εξουσιοδοτείτε τους (Α) ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ να αποστέλλουν οδηγίες στην τράπεζά σας για χρέωση του λογαριασμού σας και (Β) την τράπεζά σας να χρεώνει σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες που λαμβάνει από τους ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ.

Ως μέρος των δικαιωμάτων σας, δικαιούστε να απαιτήσετε επιστροφή ποσού από την τράπεζά σας σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις της μεταξύ σας συμφωνίας. Επιστροφή ποσού πρέπει να αξιωθεί εντός 8 εβδομάδων από την ημερομηνία χρέωσης του λογαριασμού σας.

Κωδικός υποστηρικτή:
(αν υπάρχει)

Όνομα και επώνυμο υποστηρικτή (ών): _____

Οδός: _____ Αριθμός: _____

Ταχυδρομικός Κωδικός: _____ Πόλη/Δήμος: _____

Τηλέφωνο Οικίας: _____ Κινητό: _____ Email: _____

Ημερ/νία Γέννησης: ___/___/___ Αρ. Ταυτότητας ή Διαβατηρίου:

Επάγγελμα: _____ Τράπεζα:

IBAN λογ/μού: **GR**

Συχνότητα Σταθερής Υποστήριξης

Κάθε: Μήνα Τρίμηνο Εξάμηνο Έτος

Ποσό: €4 €8 €12 €20
 €50 €100 Άλλο ποσό

Έναρξη χρέωσης*

___/___/___
(*τουλάχιστον 5 εργάσιμες μέρες μετά την ημερ/νία υπογραφής)

Υπογραφή υποστηρικτή:

Ημ/νια Υπογραφής: ___/___/___

Δεν θέλω να λαμβάνω έντυπη ενημέρωση από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.

Δεν θέλω να λαμβάνω ηλεκτρονική ενημέρωση (newsletter) από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.

ΛΕΥΚΟ: ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΩΡΗΤΗ - ΚΙΤΡΙΝΟ: ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΣΥΝΟΡΑ