

Πάγια Εντολή Υποστήριξης προς τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα

Κωδικός υποστηρίκτριας/-ή: (αν υπάρχει)

*Όνομα & επώνυμο υποστηρίκτριας/-ή:

*Οδός: *Αριθμός: *ΤΚ:

*Πόλη: Κινητό: Τηλέφωνο Οικίας:

*Email: Ημερ/νία Γέννησης: / /

*ΑΦΜ: Επάγγελμα:

Τα πεδία με αστερίσκο () είναι υποχρεωτικά.*

Συχνότητα και Ποσό Σταθερής Υποστήριξης:

Κάθε: Μήνα Τρίμηνο Εξάμηνο Έτος

Ποσό: €17 €24 €32 €51 €106 Άλλο ποσό:

*Έναρξη χρέωσης: / / (*τουλάχιστον 5 εργάσιμες μέρες μετά την ημ/νία υπογραφής)

Επιλέξτε έναν από τους δύο τρόπους Σταθερής Υποστήριξης:

A: Μέσω Τραπεζικού Λογαριασμού

Τράπεζα:

IBAN λογ/μού: **GR**

B: Μέσω Κάρτας

Κάρτα: VISA MASTERCARD DINERS

Αριθμός Κάρτας: Λήξης Κάρτας: /

Όνοματεπώνυμο:

Ημ/νία Υπογραφής: / /

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

Δεν επιθυμώ να λαμβάνω ηλεκτρονική ενημέρωση από τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα.