



Chaque jour, des milliers de personnes subissent les effets des **conflits armés** et de la violence. Avec un don régulier, vous nous permettez d'**intervenir rapidement** dans des situations de crise, mais aussi d'**agir sur le long terme** pour offrir à ces personnes un nouveau départ. Vous apportez ainsi un soutien quotidien au CICR, tout en gardant la possibilité de suspendre votre engagement à **tout moment**.



POUR NOUS AIDER, IL VOUS SUFFIT DE REMPLIR ET SIGNER CE FORMULAIRE ET DE NOUS LE RENVOYER À L'AIDE DE L'ENVELOPPE PRÉAFFRANCHIE JOINTE À CE COURRIER.

## Don régulier par débit direct

f 20 CHF

par mois

 ${f 30}$  CHF

par mois

Autorisation de paiement avec droit de contestation

Permet à une victime de conflit de suivre une formation pour prendre un nouveau départ

Permet à deux personnes handicapées de recevoir des soins de physiothérapie et de **pouvoir remarcher** 

Oui, je souhaite soutenir les activités du CICR en faveur des victimes de conflit avec	c un don régulier de
--	----------------------

60 CHF par mois Permet la fo	ormation de spécialistes qui aide	eront à <b>réunir d</b> e	es familles séparées
CHF Par exempl	e, avec <b>1 franc par jour</b> , vous pe	ermettez à une p	personne de <b>se nourrir</b>
Bénéficiaire Vos co CICR 19, avenue de la Paix 1202 Genève	oordonnées		
VOUS AVEZ UN COMPTE BANCAIRE (COMPTE POSTAL AU DOS)	<b>Débit de mon compte bancair</b> Par la présente, j'autorise ma ba sur mon compte les recouvrements	nque, sous rése	
Nom de la banque :	NPA/Lo	calité:	
IBAN:			
Si mon compte ne présente pas la couverture suffisante sera remboursé si je le conteste dans les 30 jours après la à l'étranger, du contenu de cette autorisation de débit a	n date de l'avis auprès de ma banque, en la form	e contraignante. J'auto	rise ma banque à informer le bénéficiaire, en Suisse ou
Lieu et date:	Signate	ure:	
Ne pas remplir (sera complété par la b	anque)		
CRO1W		Date	Tampon et signature de la banque
IBAN			





Chaque jour, des milliers de personnes subissent les effets des **conflits armés** et de la violence. Avec un don régulier, vous nous permettez d'**intervenir rapidement** dans des situations de crise, mais aussi d'**agir sur le long terme** pour offrir à ces personnes un nouveau départ. Vous apportez ainsi un soutien quotidien au CICR, tout en gardant la possibilité de suspendre votre engagement **à tout moment**.



POUR NOUS AIDER,
IL VOUS SUFFIT
DE REMPLIR ET SIGNER
CE FORMULAIRE ET
DE NOUS LE RENVOYER
À L'AIDE DE L'ENVELOPPE
PRÉAFFRANCHIE
JOINTE À CE COURRIER.

## Don régulier par débit sur compte postal

Autorisation de paiement avec droit de contestation

Avec prélèvement CH-DD (Swiss Direct Debit)

Oui, je souhaite soutenir les activités du CICR en faveur des victimes de conflit avec un de	on régul	ier c	le:
--	----------	-------	-----

CICR	ue de la Paix	
Bénéfici	iaire	Vos coordonnées
	CHF par	☐ Par exemple, avec <b>1 franc par jour</b> , vous permettez à une personne de <b>se nourrir</b>
	60 CHF par mois	☐ Permet la formation de spécialistes qui aideront à <b>réunir des familles</b> séparées
	30 CHF par mois	Permet à deux personnes handicapées de recevoir des soins de physiothérapie et de <b>pouvoir remarche</b>
	20 CHF par mois	☐ Permet à une victime de conflit de <b>suivre une formation</b> pour prendre un nouveau départ

VOUS AVEZ UN
COMPTE POSTAL

numéro RSPID: 41101000000560653

1202 Genève

Débit du compte postal avec prélèvement CH-DD de base (Swiss COR1 Direct Debit)

Par la présente, le client autorise PostFinance jusqu'à révocation à prélever sur son compte les montants dus au bénéficiaire indiqué ci-dessus.

Si le compte ne présente pas la solvabilité nécessaire, PostFinance est autorisée à contrôler le solde à plusieurs reprises en vue d'exécuter le paiement, mais n'est pas tenue d'effectuer le débit. Chaque débit du compte est notifié au client par PostFinance sous la forme convenue avec lui (p. ex. via l'extrait de compte). Le montant débité est remboursé au client si, dans les 30 jours qui suivent la date de notification, il transmet à PostFinance une opposition sous forme contraignante. Veuillez envoyer l'autorisation de paiement dûment remplie à l'adresse de l'émetteur de la facture indiquée ci-dessus.

<sup>\*</sup> Signature du mandant ou du mandataire titulaire du compte postal. Deux signatures sont requises en cas de signature collective.