



OUI

Je soutiens les actions de Médecins Sans Frontières

Je décide de **donner tous les mois.**

60 €

40 €

20 €

Je choisis mon montant : _____ €

Madame Monsieur

Prénom : _____ Nom : _____ Né(e) le : _____

Nationalité : _____

Rue : _____ N° : _____

Code postal: _____ Localité: _____ Pays _____

GSM : _____ Email : _____ @ _____

☐ J'autorise Médecins Sans Frontières - 68, rue de Gasperich - L-1617 Luxembourg à débiter la somme dûe sur le compte suivant :

TITULAIRE

Nom + Prénom _____

IBAN: _____

☐ J'accepte que mes données personnelles soient traitées par MSF Luxembourg.

☐ Je souhaite devenir bénévole et être contacté pour en savoir davantage.

Lieu _____

Signature _____

Date _____

* Vos données personnelles recueillies dans ce formulaire sont enregistrés dans un fichier informatisé géré par MSF Luxembourg. Elles sont indispensables pour traiter vos dons, en garder la trace, ainsi que pour générer une attestation en vue d'une déduction fiscale. Conformément au règlement général 2016/679 sur la protection des données, vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel. Vous bénéficiez également d'un droit d'accès à vos données en nous contactant à l'adresse privacy@msf.lu. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits, consultez notre politique de confidentialité à l'adresse <https://msf.lu/fr/politique-de-confidentialite>.