جمعية هاجر لمساعدة الأطفال
المصابين بضعف المناعة الأولي

Association d'aide aux enfants
atteints de déficits immunitaires primitifs

BULLETIN DE PARRAINAGE

Nom : ..... : الاسم

Prénom : ..... : النسب

Adresse : ..... : العنوان

.....

Tél. : ..... / GSM : ..... : الهاتف

E-mail : ..... : العنوان الإلكتروني

Madame, Monsieur,
Par le débit de mon / notre compte n° :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tenu sur vos livres, veuillez virer le : **de chaque mois la somme de :**

☐ 100 dhs ☐ 200 dhs ☐ 500 dhs ☐ 1000 dhs ☐ Autre ..... dhs

En faveur de l'Association HAJAR d'aide aux enfants atteints de déficits immunitaires primitifs.
Attijariwafabank - Agence Zerktouni - Casablanca - RIB **: 007 780 0001801000000428 56**
SWIFT CODE : BCMAMAMC.
Cet ordre de virement prends effet à partir du ..... et restera valable, sauf résiliation expresse écrite.

Date : ..... **Signature :** .....

Ordre de virement à remettre à sa banque en retournant la photocopie
par courrier ou par fax à l'adresse suivante :

Association HAJAR d'aide aux enfants atteints de déficits immunitaires primitifs
Boite postale 40 148 Casablanca, 2 Mars
Hôpital d'enfants - Centre hospitalier Ibn Rochd, Rue El Faidouzi - Casablanca
www.hajar-maroc.org