



Nom : _____ Prénom : _____

Prénom en hébreu : _____ Prénom de la mère en hébreu _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

E-mail : _____@_____

Comment avez-vous connu « Téfiline Bank » ?

Avec l'aide de D.ieu, je m'engage à mettre les Téfilines tous les jours (sauf Chabbat et jours de fêtes).

Je veux que quelqu'un vienne me montrer comment mettre les Téfilines.

Je suis : Droitier Gaucher

➤ Je peux participer à hauteur de : 150 Euros 200 Euros

➤ J'achète une paire de Téfiline : 300 Euros (Prix de vente)

➤ Je peux payer en : 1 Fois 3 Fois

_____ € X _____ Fois = _____ Euros

Merci de libellé votre chèque à l'ordre de : Bureau Lubavitch Européen - Téfiline

Date :

Signature :

Cadres réservés à l'administration

Chlia'h / Rabbin

Bureau

Beth 'Habad / Syn.: _____

Responsable : _____

Ach Sfa Envoyé le : _____

Téfiline N°: _____

Envoyé le : _____

Chèque Espèce Virement PayPal